

**Univerzita Karlova**  
**Přírodovědecká fakulta**

Studijní program: Demografie

Studijní obor: Demografie se sociální geografii



**Martin Vondrášek**

Vývoj regionální diferenciace úmrtnosti na sebevraždy  
v České republice v období 1994–2013  
Development of regional variations in suicide mortality  
in the Czech Republic in the period 1994–2013

Bakalářská práce

Vedoucí práce: RNDr. Boris Burcin, Ph.D.

Praha, 2017

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 12. května 2017

Podpis

## **Poděkování**

Rád bych poděkoval za trpělivost, vstřícnost a ochotu pomáhat kdykoliv při odborném vedení bakalářské práce RNDr. Borisovi Burcinovi, Ph.D. a všem, kteří mě při psaní práce podporovali.

## **Vývoj regionální diferenciaci úmrtnosti na sebevraždy v České republice v období 1994–2013**

### **Abstrakt**

Cílem práce bylo najít a popsat změny v regionální diferenciaci úmrtnosti na sebevraždy v okresech České republiky v období 1994–2013. Vzhledem k rozdílné úrovni úmrtnosti na sebevraždy mezi pohlavími byla prováděna analýza samostatně pro každé pohlaví. Úroveň úmrtnosti na sebevraždy byla zkoumána především skrze standardizované míry úmrtnosti na sebevraždu, dále pomocí indexu maskulinity sebevražednosti a podílu sebevrahů, kteří zvolili metodu oběšení, (u)škrcení a (za)dušení. Tyto ukazatele umožnily regionální srovnání, jehož celkové výsledky vykazují pokles standardizované míry sebevražednosti v Česku oproti stavu v polovině 90. let, ačkoliv lze v některých regionech zaznamenat nárůst.

**Klíčová slova:** Česká republika, úmrtnost, sebevraždy, druhy sebevražd, sebevražednost, regionální analýza

## **Development of regional variations in suicide mortality in the Czech Republic in the period 1994–2013**

### **Abstract**

The purpose of this bachelor thesis was to identify the development of regional variations in suicide mortality in the Czech Republic in the period 1994–2013. In view of the fact that the level of suicide mortality is different between genders, was the analysis carried out individually for each sex. The level of suicide mortality was researched through age-standardized suicide mortality rates, index of masculinity of suicides and rate of selfmurderers who chose hanging, strangulation or asphyxiation. These indicators enabled a regional comparison, which total results indicate the decrease of the age-standardized suicide mortality in the Czech Republic against the level in the second half of the nineties. However, it increased in some particular regions.

**Keywords:** Czech Republic, mortality, suicides, suicide methods, suicidal tendency, regional analysis

## Obsah

<b>Seznam tabulek</b> .....	<b>6</b>
<b>Seznam obrázků</b> .....	<b>7</b>
<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Úvod</b> .....	<b>10</b>
1.1 Definice sebevraždy a další pojmy .....	11
<b>2 Data a metodika</b> .....	<b>13</b>
2.1 Zdroje dat o sebevraždách .....	13
2.2 Metody použité pro analýzu sebevraždnosti .....	14
<b>3 Historie studia sebevraždnosti</b> .....	<b>16</b>
<b>4 Sebevraždnost v Česku ve vztahu k vybraným charakteristikám</b> .....	<b>24</b>
4.1 Sebevraždnost podle pohlaví .....	24
4.2 Sebevraždnost podle věku .....	25
4.3 Sebevraždnost ve vztahu k rodinnému stavu a vzdělání .....	26
4.4 Sebevraždnost a sociálně-ekonomický vývoj .....	26
<b>5 Analýza sebevraždnosti na celostátní úrovni</b> .....	<b>28</b>
<b>6 Regionální analýza sebevraždnosti v okresech</b> .....	<b>33</b>
6.1 Vývoj intenzity sebevraždnosti v okresech .....	33
6.2 Regionální diferenciace sebevraždnosti podle úrovně standardizované míry sebevraždnosti a dalších ukazatelů .....	46
<b>7 Závěr</b> .....	<b>61</b>
<b>Seznam použité literatury a datových zdrojů</b> .....	<b>64</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>67</b>

## Seznam tabulek

Tab. 1:	Charakteristiky variability hodnot standardizované míry sebevraždy, okresy ČR, 1994–2013 .....	34
Tab. 2:	Okresy ČR s nejvyšší intenzitou sebevraždy, 1994–1998.....	54
Tab. 3:	Okresy ČR s nejvyšší intenzitou sebevraždy, 2009–2013.....	54
Tab. 4:	Okresy ČR s nejnižší intenzitou sebevraždy, 1994–1998 .....	55
Tab. 5:	Okresy ČR s nejnižší intenzitou sebevraždy, 2009–2013 .....	55
Tab. 6:	Změny pořadí okresů ČR podle úrovně standardizované míry sebevraždy v období 1994–2013, vyjádřené pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace ..	56
Tab. 7:	Okresy ČR s nejvyšším indexem maskulinity sebevraždy, 1994–1998 a 2009–2013.....	57
Tab. 8:	Okresy ČR s nejnižším indexem maskulinity sebevraždy, 1994–1998 a 2009–2013.....	57
Tab. 9:	Změny pořadí okresů ČR podle úrovně indexu maskulinity sebevraždy v období 1994–2013, vyjádřené pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace ..	58

## Seznam obrázků

Obr. 1:	Vývoj standardizované míry sebevraždy, ČR, 1970–2013 .....	29
Obr. 2:	Index maskulinity sebevraždy, ČR, 1994–2013.....	29
Obr. 3:	Míra sebevraždy mužů podle věku, ČR, 1994–2013 .....	31
Obr. 4:	Míra sebevraždy žen podle věku, ČR, 1994–2013.....	31
Obr. 5:	Míra sebevraždy mužů podle věkových skupin, ČR, 1994–2013 .....	32
Obr. 6:	Míra sebevraždy žen podle věkových skupin, ČR, 1994–2013 .....	32
Obr. 7:	Standardizovaná míra sebevraždy mužů, okresy ČR, 1994–1998 .....	35
Obr. 8:	Standardizovaná míra sebevraždy mužů, okresy ČR, 1999–2003 .....	35
Obr. 9:	Standardizovaná míra sebevraždy mužů, okresy ČR, 2004–2008 .....	37
Obr. 10:	Standardizovaná míra sebevraždy mužů, okresy ČR, 2009–2013 .....	37
Obr. 11:	Index změny standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, mezi obdobími 1994–1998 a 1999–2003 (1994–1998=100).....	38
Obr. 12:	Index změny standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, mezi obdobími 1999–2003 a 2004–2008 (1999–2003=100).....	38
Obr. 13:	Index změny standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, mezi obdobími 2004–2008 a 2009–2013 (2004–2008=100).....	39
Obr. 14:	Index změny standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, mezi obdobími 1994–1998 a 2009–2013 (1994–1998=100).....	40
Obr. 15:	Standardizovaná míra sebevraždy žen, okresy ČR, 1994–1998.....	41
Obr. 16:	Standardizovaná míra sebevraždy žen, okresy ČR, 1999–2003.....	41
Obr. 17:	Standardizovaná míra sebevraždy žen, okresy ČR, 2004–2008.....	43
Obr. 18:	Standardizovaná míra sebevraždy žen, okresy ČR, 2009–2013.....	43
Obr. 19:	Index změny standardizované míry sebevraždy žen, okresy ČR, mezi obdobími 1994–1998 a 1999–2003 (1994–1998=100).....	44
Obr. 20:	Index změny standardizované míry sebevraždy žen, okresy ČR, mezi obdobími 1999–2003 a 2004–2008 (1999–2003=100).....	44
Obr. 21:	Index změny standardizované míry sebevraždy žen, okresy ČR, mezi obdobími 2004–2008 a 2009–2013 (2004–2008=100).....	45
Obr. 22:	Index změny standardizované míry sebevraždy žen, okresy ČR, mezi obdobími 1994–1998 a 2009–2013 (1994–1998=100) .....	46
Obr. 23:	Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, 1994–1998 (ČR=100) .....	48

Obr. 24: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, 1999–2003 (ČR=100) .....	48
Obr. 25: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, 2004–2008 (ČR=100) .....	49
Obr. 26: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, 2009–2013 (ČR=100) .....	49
Obr. 27: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy žen, okresy ČR, 1994–1998 (ČR=100) .....	52
Obr. 28: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy žen, okresy ČR, 1999–2003 (ČR=100) .....	52
Obr. 29: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy žen, okresy ČR, 2004–2008 (ČR=100) .....	53
Obr. 30: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy žen, okresy ČR, 2009–2013 (ČR=100) .....	53
Obr. 31: Podíl sebevražd mužů spáchaných oběšením, (u)škrcením a (za)dušením, okresy ČR, 1994–2003 (v %) .....	59
Obr. 32: Podíl sebevražd mužů spáchaných oběšením, (u)škrcením a (za)dušením, okresy ČR, 2004–2013 (v %) .....	59
Obr. 33: Podíl sebevražd žen spáchaných oběšením, (u)škrcením a (za)dušením okresy ČR, 1994–2003 (v %) .....	60
Obr. 34: Podíl sebevražd žen spáchaných oběšením, (u)škrcením a (za)dušením okresy ČR, 2004–2013 (v %) .....	60



## **Seznam použitých zkratek**

ČSÚ	Český statistický úřad
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
sms	Standardizovaná míra sebevraždnosti
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace

## Kapitola 1

### Úvod

Úmrtnost patří k základním sledovaným jevům v demografii. Tato práce se zaměřila na jednu konkrétní skupinu způsobu smrti, na sebevraždy. Dle statistik Světové zdravotnické organizace (WHO) je na světě každý rok spácháno přibližně 800 000 dokonaných sebevražd a 10–20krát více sebevražedných pokusů, přičemž statisticky vychází, že úroveň sebevražednosti je vyšší v hospodářsky vyspělých zemích (Saxena a kol. 2014). V Česku ročně zaznamenáme přibližně 1600 případů dokonaných sebevražd, což v průměru znamená denně 4–5 případů. Tato práce je věnována studiu sebevražednosti výhradně na území Česka, především pak regionálním rozdílům a jejich vývoji v období 1994–2013, kdy u nás probíhala výrazná transformace společnosti a změna orientace na hospodářsky vyspělý svět. Časově tak práce navázala na předchozí studie sebevražednosti na našem území a částečně je doplnila. Důvodem k výběru tohoto specifického tématu byl autorův úžas nad skutečností, že se jedná o jednu z nečastějších příčin úmrtí v nejproduktivnější fázi našeho života, která tudíž musí mít vliv na ostatní demografické procesy, a také zájem o pochopení existence tohoto společenského jevu.

K analýze regionální diferenciace byla použita data o struktuře obyvatel podle pohlaví a věku a data z individuálních souborů zemřelých v okresech ČR, ze kterých byla vypočítána věkově standardizovaná míra úmrtnosti na sebevraždy podle pohlaví. K regionální analýze způsobu provedení sebevraždy byl využit podíl sebevražd oběšených, klasifikovaný podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN), platné pro celé sledované období (viz Tab. 2 a 3).

Práce je rozdělena na sedm kapitol. Úvodní z nich se věnuje problematice definic pojmů spojených se studiem sebevražednosti. Ve druhé kapitole je popsán způsob zjišťování použitých dat o zemřelých a statistických a analytických metod, které byly v práci použity. Třetí a čtvrtá kapitola se zabývají historickým vývojem přístupu ke studiu sebevražd z pohledu mnoha zainteresovaných vědních oborů. Důraz je kladen na hledání motivů, vzorců chování, rizikových faktorů napomáhajících k sebevraždě a jejich vztahu k pohlaví, věku a dalším charakteristikám obyvatelstva. Pátá kapitola obsahuje analýzu poskytnutých dat o sebevraždách na úrovni celého území Česka a následující šestá pak v jednotlivých okresech v období 1994–2013 podle pohlaví, věku a způsobu provedení sebevraždy. V závěrečné části práce jsou shrnuty poznatky z teoretické i analytické části.

Cílem práce bylo na základě diskuze s literaturou identifikovat některé rizikové faktory a skupiny obyvatel, u kterých se mohla s větší pravděpodobností vyskytnout dokonaná sebevražda a popsat vývoj úrovně sebevraždnosti a její změny v regionálním kontextu.

## 1.1 Definice sebevraždy a další pojmy

Vymezení pojmu sebevražda se setkává s řadou obtíží. Mnohé definice sebevraždy, jak popisuje Dzúrová a kol. (2006), se v rámci sociálních věd a lékařství objevují již od 19. století. Teprve až s prací Emila Durkheima (1951) se setkáváme s pojetím sebevraždy jako činu, který může spáchat i zdravý člověk, jenž se ocitne ve „špatném prostředí“. Durkheim popsal sebevraždu jako smrt, která přímo nebo nepřímo vychází z aktivního nebo pasivního jednání, vedoucího ke smrti, s čímž je osoba uvědomělá. Pak by se ovšem mohlo do sebevražd započítávat i sebeobětování, ke kterému ale vedou jiné motivy než sebevraždu.

V odborné literatuře často používané slovo suicidium (sebevražda) a jeho etymologie vystihuje problém definovatelnosti pojmu. Timingeriu (2009) uvádí, že vědecký termín suicidium se objevil přibližně v 17. století. Byl odvozen od latinského slovesa caedere, znamenající jak vraždit, tak zabít. Osoba je zavražděná, pokud se ji jiná osoba rozhodne úmyslně usmrtit. Naopak pokud usmrcení není úmyslné, pak se jedná o zabití. V situaci, kdy dále rozlišujeme pojmy sebevražda a sebezabití, pak suicidium není úplně přesným termínem. Jako vhodnější navrhuje autor pojmy simurdratio (anglicky self-murder) nebo Ciceronův mors voluntaria, ve kterých je úmysl usmrcení jasně vyjádřen. I přes své etymologické nedostatky je však pojem suicidium tak rozšířený, že by nová terminologie v tématu vnesla do dalšího bádání pouze zmatek, jak uvádí již Durkheim (1951).

Autoři z českého prostředí také různými způsoby rozlišují pojem sebevražda a sebezabití. Masaryk (2002) uvádí definici sebevraždy v širším a užším slova smyslu, přičemž v prvním případě je jednání vedoucí ke smrti neúmyslné a především by se dalo říci nezodpovědné. Autor zmiňuje nemravný a nemoudrý život, vedoucí k předčasné smrti (pak bychom ovšem za sebevrahy mohli považovat alkoholiky, kuřáky, drogově závislé a podobně). Takové jednání, které v sobě nenese úmysl ukončit život, označujeme spíše než za sebevraždu pojmem sebezabití. V užším slova smyslu je sebevražda úmyslné jednání, aktivní nebo pasivní, vedoucí ke smrti. Tato Masarykova definice se víceméně shoduje s naším soudobým pojetím sebevraždy. Viewegh (1996) s tímto rozdělením pojmů souhlasí a ohledně sebezabití poznamenává, že se může vyskytovat u lidí s určitými duševními poruchami, například u psychotiků s halucinacemi, prchajícími před nepřáteli skokem z okna za účelem zachránit se. Rovněž řadí do sebezabití impulzivní jednání, u kterého chybí úvaha, zda volba k dosažení cíle je nejvhodnější. Koutek a Kocourková (2003) uvádí, že se jedná například o útěky dětí z domova, někdy i sebeusmrcení z obav před trestem za špatné vysvědčení. Dále poukazují na problém kombinace vědomé a nevědomé motivace a nejednoznačnosti úmyslu zemřít. Výskyt úmyslu je podle autorů ohraničen časově (nanejvýš několik dnů), vždy se ovšem vyskytuje momentální úmysl, tedy zemřít „zde a nyní“.

Dalším specifickým pojmem je sebeobětování. Nemůžeme ho řadit ani mezi sebezabití ani mezi sebevraždu z toho důvodu, že může nabývat jak charakteru sebevraždy, například

v případě obětování se za určitý ideál, tak i charakteru sebezabití, jakým může být pudové chování matky ve snaze odvrátit nebezpečí od dítěte (Vievegh 1996).

Dle definice WHO lze sebevraždu chápat jako „akt, jehož fatálním výsledkem je smrt osoby, která vědomě chápala či očekávala, že její jednání vede ke smrti a tímto jednáním se snažila realizovat cíle, kterých chtěla dosáhnout“ (Bille-Brahe 1998). Většina autorů, zabývajících se tématem, se shoduje v tom, že akt sebevraždy osoba páchá úmyslně a s vědomím vlastní smrti jako výsledku (osoba pojala úmysl zemřít a podniká k tomu případné kroky). Česká statistika nemá oficiální definici dokonané sebevraždy. Zda se jedná o akt sebevraždy nebo ne, přísluší podle Dzúrové a kol. (2006) úředně stanovenému ohledači mrtvoly, kterým bývá lékař přivolaný k události. Najde-li důkaz nade vší pochybnosti, že osoba si usilovala o život, je případ klasifikován jako sebevražda.

Typologie sebevražd je rozmanitá. Asi nejrozšířenějším druhem sebevraždy je podle Viewegha (1996) bilanční sebevražda. Osoba tělesně i duševně zdravá provede rozumovou úvahu jako bilanci nad svým životem a zváží kladné a záporné vyhlídky. Pokud podle ní převažují ty záporné, spáchá sebevraždu. K tomuto má blízko biická sebevražda, páchaná v normálním duševním stavu, na základě motivů vycházejících z reality. Existují samozřejmě případy, kdy je sebevražda výsledkem patologického duševního vývoje nemocného, pak hovoříme o patologické sebevraždě. Speciálním typem sebevraždy je tzv. suicidiální dohoda, spočívající v domluvě dvou a více lidí ohledně spáchání sebevraždy. Zpravidla je jedna psychicky nemocná osoba induktorem tohoto jednání a přenesením svého psychického stavu na ostatní je přesvědčí o nutnosti spáchání sebevraždy. Podobně vypadá i popis rozšířené sebevraždy, až na tu výjimku, že rozšířená sebevražda má jednoznačně patologický podklad, tedy spáchá ji jednoznačně duševně nemocný, který rozšíří svůj sebevražedný úmysl i na jiné osoby. Nutno podotknout, že takové jednání, které napomáhá k sebevraždě je trestným činem (Vievegh 1996).

Dalším jednáním, u kterého může nakonec dojít k sebevraždě je zkratkovité suicidiální jednání, typické snahou člověka co nejrychleji dojít ke stanovenému cíli, bez sebemenších klíčků a odboček. Cílem účelového suicidiálního jednání není smrt, ale pouze vyřešení svízelné situace. Tento proces probíhá nevědomě, na rozdíl od demonstrativního suicidiálního jednání, kde je cíl sledován vědomě. Simulace suicidiálního jednání vůbec neobsahuje úmysl zemřít, osoba se pouze snaží touto simulací vyřešit svízelnou situaci, avšak některé případy tohoto chování mohou dopadnout tragicky (Vievegh 1996). Koutek a Kocourková (2003) uvádí pojem, který je třeba také uvést v souvislosti se sebevraždami, a tím je suicidiální pokus. Jedná se prakticky o každý život ohrožující akt konaný s vědomým či nevědomým úmyslem zemřít, který ovšem smrtí neskončí.

Právně není dokonaná sebevražda prakticky nijak postihována, pomineme-li napomáhání k ní. Paragraf 230 trestního zákona, odstavec 1, řeší případy, kdy někdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, trestem odnětí svobody na šest měsíců až tři léta, došlo-li alespoň k sebevražednému pokusu nabádané osoby. Tento trest je ještě zpřísněn, pokud se čin spáchá na nezletilé osobě, těhotné ženě či duševně nevyvinuté nebo duševně stížené osobě. Masaryk (2002) se domnívá, že případné tresty pro osoby, kterým se pokus nevydařil, by stejně nijak nepomohly myšlenky na sebevraždu odvrátit, ba spíše naopak.

## Kapitola 2

### Data a metodika

Tato kapitola je zaměřená na možnosti získání dat o sebevraždách v Česku a metody, které byly použity při jejich následném zpracování v celorepublikové i regionální analýze.

#### 2.1 Zdroje dat o sebevraždách

Spolehlivé statistické údaje o dokonaných sebevraždách lze na území českých zemí dohledat až k roku 1876, přičemž výrazně vystupuje lokální maximum v roce 1913 a historicky největší počet zaznamenaných případů v roce 1934. Minimální hodnoty byly zaznamenány během první světové války a v posledních 10 letech.

Údaje o sebevražděných pokusech jsou spíše vzácností. Do roku 1962, jak uvádí Růžička (1968), se získávala převážně zvláštním šetřením v nemocnicích, psychiatrických léčebnách a dalších zařízeních. Od roku 1963 měla všechna zdravotnická zařízení povinnost hlásit každou dokonanou sebevraždu a každý sebevražděný pokus. Dotyčné osoby, které pokus přežily, čekalo vyšetření psychiatrem a v případě potřeby zařazení do psychiatrické léčebny. Po roce 1989 se u nás údaje o sebevražděných pokusech nezjišťují.

Data o dokonaných sebevraždách ve sledovaném období 1994–2013 byla sebrána z individuálních souborů zemřelých za jednotlivé roky, která byla poskytnuta Katedrou demografie a geodemografie (ČSÚ 2015a). Kromě toho byly pro výpočty ukazatelů použity střední stavy obyvatelstva podle pohlaví a věku v jednotlivých okresech (ČSÚ 2015b). Do roku 2012 získával ČSÚ data o dokonaných sebevraždách od matričních úřadů v pravidelném statistickém výkazu „Hlášení o úmrtí“ Obyv 3-12. Matriční úřady vyplňovaly tato hlášení na základě Listu o prohlídce mrtvého, který vyplňuje lékař, povoláný k události. Od roku 2013 získává ČSÚ data přes ÚZIS. Zemřelý je zařazen do statistik podle místa svého trvalého bydliště. Případ je podle Dzúrové a kol. (2002) brán jako dokonaná sebevražda pouze pokud proběhne policejní šetření, které uzavře případ jako sebevraždu. Pokud chybí důkazy nebo vyšetřování neskončilo v době, kdy byl vystaven List o prohlídce mrtvého, je případ klasifikován jako případ s nezjištěným úmyslem. Jednotlivé metody provedení dokonané sebevraždy v celém sledovaném období jsou klasifikovány podle 10. revize MKN. Pro dokonané sebevraždy jsou vymezeny kódy X60–X84 (viz Příloha 2 a 3), pro události s nezjištěným úmyslem kódy Y10–Y34. Nutno podotknout, že u výsledných statistik při tomto

způsobu evidence nutně dochází k jistému podhodnocení úrovně sebevražděnosti, které navíc umocňují i případy, u kterých šetření vůbec neproběhlo. Typickým příkladem mohou být podle Džurové a kol. (2002) některé autonehody.

Alternativním zdrojem dat o dokonaných sebevraždách za část sledovaného období je ÚZIS. Jeho data od roku 1994 vychází z tiskopisu NZIS 0140 „Statistické hlášení příčin a okolností dokonané sebevraždy“, který získával do roku 2012 údaje od matrik. Od roku 2013 získává ÚZIS informace přímo z listu o prohlídce mrtvého a posílá data na ČSÚ. Statistické informace o sebevraždách přímo od ÚZIS bylo možné najít v publikacích s názvem „Sebevraždy“, které ÚZIS každoročně vydával do roku 2002.

## 2.2 Metody použité pro analýzu sebevražděnosti

K analýze regionální diferenciace bylo nutné zvolit územní jednotky menší než celé území ČR. Data o dokonaných sebevraždách bylo možné identifikovat až na úroveň obcí. Pro statistické účely této práce bylo nasnadě použít třídění podle krajů nebo podle okresů. Zvoleny byly okresy, jelikož kraj je příliš velký celek a regionální rozdíly na této úrovni by se patrně neprojevyly a použití menších územních celků by při malých četnostech výskytu sebevražd představovalo riziko silné role náhodných odchylek v analýze a z tohoto důvodu byla data sdružena do čtyř pětiletých intervalů. Tím byla vyřešena i otázka anonymity dat, která musí být podle zákona o státní statistické službě dodržena.

V analytické části práce se bylo provedeno porovnání intenzity výskytu dokonaných sebevražd na území 76 českých okresů a území hlavního města Prahy, a to pomocí standardizovaných měr úmrtnosti na sebevraždu (dále jen standardizované míry sebevražděnosti), podílu nejčastějšího způsobu provedení dokonané sebevraždy a indexu maskulinity sebevražděnosti. Pro výpočty byl použit software Microsoft Excel 2003 a IBM Statistics SPSS 20.

Jako hlavní srovnávací ukazatel v této práci byly zvoleny standardizované míry sebevražděnosti, které vycházely z výpočtu specifických měr úmrtnosti podle věku (Kalibová 1997):

$$u_x^s = \frac{D_x^s}{P_x}$$

kde  $D_x^s$  je počet zemřelých na dokonanou sebevraždu  
 $P_x$  je střední stav obyvatel podle věku.

V našem případě se jednalo o specifické míry úmrtnosti na sebevraždu podle pohlaví a věkových skupin. Rozdílné složení obyvatelstva podle věku v jednotlivých okresech však porovnání takto vzniklých věkových měr bránilo, a proto se standardizovaly pomocí struktury obyvatel podle věku pro evropské země (viz Příloha 4), kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO 2008), metodou přímé standardizace. Tento standard se řadí mezi jeden z nejpoužívanějších pro mezinárodní srovnání a pro tuto práci byl zvolen především pro co největší kompatibilitu s prací Daňkové, kdy lze zde vypočítané údaje porovnat jak s vývojem na českém území před rokem 1990, tak v mezinárodním měřítku. Po provedení

standardizace vznikly věkově specifické standardizované míry sebevraždnosti, po jejichž sečtení vznikla celková standardizovaná míra sebevraždnosti, počítaná podle pohlaví i za Česko jako celek:

$$sms = \sum \dot{u}_x^s \times \frac{p_x^{st}}{p^{st}} \times 100\,000$$

kde  $\dot{u}_x^s$  je specifická míra úmrtnosti na sebevraždy podle věku

$P_x^{st}$  je počet obyvatel standardní populace podle věku

$P^{st}$  je celkový počet obyvatel standardní populace.

Změny v pořadí jednotlivých okresů podle úrovně standardizované míry sebevraždnosti v jednotlivých obdobích byly sledovány pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum_i (p_i - q_i)^2}{n(n^2 - 1)}$$

kde  $p_i$  a  $q_i$  jsou pořadová čísla hodnot proměnných  $x_i$  a  $y_i$

$n$  je počet pozorování.

V rámci regionální analýzy byl také zjištěn podíl nejčastěji se vyskytujícího způsobu provedení sebevraždy v jednotlivých okresech.

Regionální diferenciaci dokonaných sebevražd podle pohlaví reprezentoval ukazatel index maskulinity sebevraždnosti, který se počítá jako podíl standardizované míry sebevraždnosti mužů a žen v daném okrese (Růžička 1968):

$$I_m = \frac{sms^m}{sms^{\bar{z}}}$$

kde  $sms^m$  je standardizovaná míra úmrtnosti na sebevraždy mužů

$sms^{\bar{z}}$  je standardizovaná míra úmrtnosti na sebevraždy žen.

Ke statistickému hodnocení dat se využilo základních popisných statistik: minima, maxima, průměru, variačního rozpětí, směrodatné odchylky a variačního koeficientu. Variační koeficient poměřující směrodatnou odchylku k průměru umožňoval porovnávat variabilitu hodnot míry sebevraždnosti v okresech.

## Kapitola 3

### Historie studia sebevraždy

Sebevraždy nejsou nikterak novodobý jev. Pravděpodobně se vyskytuje již od počátku existence lidstva a první zmínky o ní sahají tisíce let zpět. Způsob ukončení života sebevraždou byl vždy předmětem zájmu společnosti v jednotlivých historických obdobích, ať už se o ni lidé zajímali v rámci lékařství, antické filosofie, středověkého a novodobého náboženství, literární tvorby nebo moderních vědeckých disciplín. Až do 19. století se ve společnosti kladl důraz především na filosofické a morální otázky. Myslitelé polemizovali o tom, zda má člověk právo na sebevraždou a zda je takový čin morálně přípustný. Nauka největších světových náboženství, křesťanství a islámu, si vykládá sebevraždy jako špatnost. Podle Růžičky (1968) nebylo již od středověku možné pohřbit sebevraha na vysvěcené půdě a ani mu nebyl umožněn církevní obřad při pohřbu.

První pokusy o statistické podchycení jevu byly prováděny v druhé polovině 18. století. Za vůbec první údaje jsou podle Daňkové (2003) považovány spisy italského mnicha Agatopista Cromaziana z roku 1761. Dále je známá práce lékaře Jeana Etienna D. Esquirola, kde se již setkáváme s tříděním sebevražd podle pohlaví, věku, podle použitých prostředků nebo podle vlivu ročních období. V 19. století se postupně rozvíjí sociální a zdravotnická statistika, sociologie, demografie a další vědní disciplíny, které se více či méně o sebevraždy zajímají.

Nejvýznamnějším oborem pro studium sebevražd se však v té době stala sociologie. V roce 1881 vyšel habilitační spis T. G. Masaryka, který chápe sebevraždy především jako negativní odraz vývoje tehdejší společnosti (Masaryk 2002). Příčinu existence sebevraždy vidí v neštěstí, které je tak veliké, že člověk odmítá a nechce snášet život, i když se může jednat o neštěstí smyšlené. Toto neštěstí si vysvětluje nemravným oceňováním předmětů ukojení a tuto nemravnost považuje za výsledek polovičatosti vzdělání společnosti. Masaryk rozlišuje vzdělání rozumové, které má poskytovat školní docházka a vzdělání mravní, které má usměrňovat náboženství. Omrzlost života pak vychází z myšlenky, že jsme příliš rozumní, než abychom byli dobrými a příliš špatní, než abychom byli moudří. To vede Masaryka k závěru, že rozumový a mravní chaos vychází z příliš velkých rozporů mezi vědou jako zastávkou svobodného myšlení a náboženstvím. Hlavní příčinou výskytu sebevraždy je podle něj šířící se bezbožnost (Masaryk 2002).

Asi nejvýznamnější sociologickou studií sebevraždy se pak stala Durkheimova *Le Suicide* z roku 1897, především díky přístupu k rozboru sebevraždy. Metoda postupu,



kteřou Durkheim (1951) použil, se stala vzorem klasické sociologické metody studia společenských jevů. Autor se snaží obhájit myšlenku, že sebevražda nemusí vycházet jen z individuálních problémů, ale také z tlaku společnosti, kterému po důkladném šetření a vyvracení teorií o převážném vlivu duševních onemocnění nebo klimatických faktorů přikládá největší váhu. Člověka vnímá jako jedince, který je se společností kolem sebe propojen vazbami a na základě poruch těchto vazeb identifikuje čtyři druhy sebevražd:

- altruistická
- egoistická
- anomická
- fatalistická

Altruistická sebevražda nastává v případě, kdy je jedinec společností integrován natolik, že chybí prostor pro jeho individuální potřeby a smysl života pak podle něj nelze nalézt v tomto světě, ale někde mimo něj, což je důvod ke spáchání sebevraždy. Takové jednání nalézá Durkheim u ovdovělých žen, starých nemocných lidí, kteří nehodlají dopustit, že by nadále byli přítěží společnosti nebo u primitivních národů.

Egoistická sebevražda je opakem altruistické. S oslabujícím se vlivem společnosti na jedince se jedinec stává závislý na sobě samém, neomezují ho žádná pravidla a jeho individuální já je povýšeno nad sociální. Tento vývoj však vede k pocitům prázdnoty, odloučení a samoty, vedoucí k sebevraždě. Takové myšlenky se mohou projevit například u starších lidí žijících o samotě nebo u lidí s pocitem intelektuálního nedostatku.

Lidské potřeby jsou neomezené a neustále je chceme uspokojit. V normálním případě přichází regulace v podobě vnější morální síly společnosti. Avšak v obdobích, kdy je role společnosti oslabena a její působení na člověka je slabší, například při ekonomické krizi, může nastat stav, kdy výše individuálních aspirací značně převýší míru jejich uspokojení. Člověk pak často neví, co je správné a co ne a díky svému neštěstí volí sebevraždu. Tento typ nazývá anomickou sebevraždou. Za nedostatkem sociální kontroly vidí Durkheim například bezbožnost doby a přílišnou anomii v ekonomice.

Fatalistická sebevražda je pak chápána jako výsledek nadměrné společenské regulace. Afanasyeva (2009) uvádí, že tento druh sebevraždy se v minulosti často vyskytoval u otroků.

Daňková (2003) shrnuje, že podle Durkheima existují dvě společenské síly ovlivňující způsob sebevraždy, a to společenská integrita a společenská regulace. Durkheim (1951) došel k tomu názoru, že sebevraždnost ve společnosti nepřesahuje určitou hranici, jsou-li správně kompenzovány tři atributy: egoismus, kladoucí důraz na lidskou individualitu, altruismus, projevující se potřebou obětovat se společnosti, je-li to nutné a anomie, vycházející z reakce lidí na nedostatečnou společenskou regulaci morálních hodnot. Je-li jeden z nich posílen, sebevraždnost je vyšší a naopak jsou-li v souladu, působí jako protektivní faktor. Kromě duševních onemocnění, vlivu přírodních podmínek a dalších příčin, které považuje za méně podstatné, staví Durkheim tlak společnosti na jedince jako hlavní příčinu výskytu sebevraždnosti. Na jeho studii navazuje řada dalších autorů jak ze sociologie, tak například i z demografie.

Sebevražednost byla paralelně zkoumána v rámci lékařství, kde se uchytila myšlenka patologizace výskytu sebevražednosti, tedy jak uvádí Viewegh (1996), že sebevražda z medicínského pohledu je spáchána pouze při existenci nemoci, nelze u ní zabránit vývoji nějakého patologického procesu. Někteří zastánci tohoto pojetí v oblasti medicíny tak podle něj prakticky popírají možnost, že sebevraždu může spáchat osoba tělesně i duševně zdravá, v podstatě je to tedy popření existence bilanční sebevraždy. Mnozí další autoři, o nichž se Viewegh zmiňuje, však s tímto pojetím nesouhlasí.

Moderní pohled z oblasti medicíny u nás podává například Koutek s Kocourkovou, kteří se zaměřili na suicidalitu adolescentů a možnosti léčby těch, kteří zároveň trpí duševním onemocněním a bylo u nich identifikováno sebevražedné jednání (Koutek a Kocourková 2003). Mezi nejvýznamnější rizikové faktory považují mužské pohlaví a předchozí suicidiální pokus. Nárůst rizika spáchání sebevraždy podle nich roste s postupným vývojem suicidiálního chování podle následující sekvence:

- suicidiální myšlenky (máme je každý, faktorem nebezpečnosti je jejich konkrétnost)
- suicidiální tendence (suicidium je konkrétně připravováno)
- suicidiální pokus (v podstatě akt sebevraždy, ovšem nekončící letálně)
- dokonaná sebevražda

Z pohledu psychologie je na sebevraždu nazíráno opět poměrně generalizovaně a redukcionisticky. Autoři se snažili pomocí různých psychologických testů a dotazníků najít ty psychické vlastnosti, které by se daly chápat jako jednoznačně predispoziční. Viewegh (1996) zde ale poukazuje na fakt, že i u těch, které by se tak daly označit, není možné tvrdit, že jsou specifické pouze pro sebevraždu. Dále upozorňuje, že například Freudova koncepce vlivu pudu smrti je zaměřená pouze na biologický determinismus, který je příliš jednostranný. Formy autoagrese, které pud smrti vyvolává, není podle Viewegha možné vysvětlit čistě nezměnitelnými silami, vycházejícími z nitra osobnosti. Sám Viewegh je ve svém díle Sebevražda zastáncem koncepce hodnot. Svět hodnot považuje za nejvlastnější domov člověka, který si osoby vytváří již od dětství. Narušením vývoje toho domova nebo jeho nevytvořením vystavujeme jedince riziku osamocení a hodnotové prázdnoty, jež může vyústit v sebevraždu. Cílem je tedy zanalyzovat a pochopit vnitřní prožitkovou stránku jedince. Prevencí a terapií není podle Viewegha nic jiného než láska, soucit a porozumění. Svou metodu a závěr ukazuje a obhájí pomocí psychologického rozboru literárních děl osob, které později spáchaly sebevraždu.

V českém prostředí lze kromě sociologické práce Masaryka a psychologického pohledu Viewegha najít i autory, studující sebevražednost ze statistického hlediska. Asi nejvýznamnějším českým autorem v této oblasti se stal Ladislav Růžička, jehož kniha Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického je podrobnou publikací, zpracovávající dostupná data z 60. let 20. století. Autor porovnává vývoj tehdejší sebevražednosti se stavem před druhou světovou válkou za využití nepřímo standardizovaných měr sebevražednosti a indexu maskulinity sebevražednosti. Růžička (1968) dále analyzuje sebevražednost podle věkových skupin, rodinného stavu, velikostních skupin obcí a také hledá její sezónnost či vztah k nezaměstnanosti, zdravotnímu stavu nebo územnímu rozložení. Cílem všech

provedených analýz v knize nebylo pouze najít nějakou korelaci s jevem či jevy, ale také podat informace pomocí ukazatelů, které by byly základem pro hlubší zkoumání dalšími vědními obory. Zhodnotil rovněž vztah sebevraždnosti a rodinného stavu a potvrdil domněnku, že manželství může hrát roli protektivního faktoru. Pro tuto práci je asi nejpodstatnější jeho část analyzující úroveň standardizované míry sebevraždnosti, respektive jejích indexů, podle okresů. Nejvyšší hodnoty indexu našel v severních Čechách na Mostecku, Sokolovsku, v Jablonci nad Nisou a dalších okresech, převážně ze severozápadních Čech. Naopak podprůměrné hodnoty vykazovala jižní Morava a jižní Čechy. Příčiny regionálních rozdílů pramení podle Růžičky (1968) z odlišných kulturních, ekonomických a sociálních poměrů a z jejich historického vývoje, tedy ze společenské organizace, její intenzity a z jejího působení na člověka. V rámci tohoto tvrzení vybral podíl městského obyvatelstva jako jeden z použitelných ukazatelů a provedl korelační analýzu. Nalezená pozitivní korelace byla pro české území statisticky významná, avšak vysvětlovala jen malý podíl variability, což potvrzuje domněnku, že úroveň sebevraždnosti se nedá vysvětlit jedním vysvětlujícím faktorem. V závěru své práce Růžička nepochybuje o dalším výskytu sebevraždnosti na našem území, ovšem poukazuje na možnost omezovat a odstraňovat zdroje konfliktů mezi jedincem a společností, mezi jedinci v okruhu jejich spolupracovníků, známých a rodin, a tím snižovat riziko výskytu tohoto neblahého jevu. Vývoj směrem k dokonané sebevraždě je nejen podle Růžičky výsledek dlouhodobého procesu a pomoc by neměla jít pouze tam, kde je nebezpečí sebevraždy akutní, ale měla by omezovat i interpersonální konflikty i rozpory jednotlivce a společnosti v nejširším slova smyslu. S pokrokem vědy a techniky by se rovněž měla rozvíjet naše schopnost být společenský. Problém sebevraždnosti nelze podle Růžičky vyřešit v rámci odborného studia, nýbrž je výsledkem přístupu každého z nás k mezilidským vztahům (Růžička 1968).

Dalším zdroj informací, zaměřující se na statistiku sebevraždnosti v Česku v období 1960–1990 poskytl Aleš (1992). V článku, který vyšel v časopise *Demografie*, popisuje klesající trend intenzity sebevraždnosti od konce 60. let, snižující se sebevraždnost podle věku u mladých osob a stagnující či rostoucí tendence u starších generací. Z hlediska regionální diferenciace se negativně projevil Severočeský a Západočeský kraj, v 70. letech se zvýšila intenzita sebevraždnosti na území Prahy, přičemž v 80. letech se opět snížila, stejně jako v dalších velkých městech.

Na tuto práci později navazuje analýzou dat za 90. léta statisticky zaměřená práce Dzúrové a kol. (2002), kde se kromě širšího pohledu na možnosti podhodnocení dat navíc objevuje analýza sebevraždnosti podle vzdělání. V publikaci jsou definovány čtyři oblasti, které společnými silami působí na člověka a vytváří nebo zabraňují vzniku sebevraždného chování:

- osobní subjektivní sféra
- osobní objektivní sféra
- aktuální společenská situace
- celkový kulturní context

Osobní subjektivní sféru zastupují ty osobní charakteristiky jedince, které ho predisponují reagovat na stres určitým způsobem, vytvářející tak odolnost nebo zranitelnost vůči nepříznivému vývoji okolí. Dalšími složkami jsou pak naučené způsoby zvládání těžkostí,

jejich postoj k nim a v neposlední řadě filosofické názory jedince na život a smrt, tedy v podstatě postoj k sebevraždě. Ke zkoumání této sféry se často využívá psychologický kazuistický přístup, opírající se o dlouhodobý pohled zpět do minulosti jedince. Cílem je identifikovat rizikové vlastnosti osobnosti, které mohou predisponovat sebevražednému jednání. Dále je zde možné uplatnit psychiatrickou metodu, opírající se o aktualistický pohled, tedy zaměření se na psychický stav jedince těsně před sebevražedným činem a vysvětlení jeho jednání pomocí nějaké duševní poruchy. Moderní psychiatrie však přiznává, jak bylo dříve zmíněno v části o medicínském přístupu k sebevraždám, že suicidium může spáchat i osoba bez známek duševního onemocnění.

Přes osobní objektivní sféru se na jedince nahlíží jako na člena skupiny lidí sdílejících ekonomické, zdravotní, sociální a demografické charakteristiky. Pomocí sociologických a epidemiologických metod (kontrolní skupiny, opakované sledování souborů lidí) se pak určuje, jak moc jsou tyto charakteristiky rizikovými faktory vzniku sebevražedného jednání.

Aktuální společenská situace zahrnuje vliv ekonomické a životní úrovně, sledované pomocí hromadných ukazatelů jako je hrubý národní produkt nebo podíl nezaměstnaných v produktivním věku. Vyhodnocujeme ji pomocí sledování kohort nebo analýzou hromadných dat (Dzúrová a kol. 2002). Problém při používání této metody současnými autory tkví v tom, že nevíme, zda je statistická stálost výskytu sebevražd na různých úrovních v různých společnostech důkazem jejich sociální povahy, jak již dříve kritizoval např. Viewegh (1996).

Celkový kulturní kontext poskytuje náhled na sebevraždy v různých historických obdobích přes vliv společného kulturního prostředí. Například silně negativně působil středověký postoj, spojený s rozvojem křesťanství (Dzúrová a kol. 2002).

V analytické části publikace se autorky věnují porovnání vývoje nepřímo standardizované míry sebevražednosti podle věku, pohlaví a rodinného stavu v období 1990–2000 se stavem na počátku 60. let. Úroveň sebevražednosti se zásluhou poklesu u nejstarších věkových skupin snížila, což je dáváno do kontextu se zlepšující se zdravotní a sociální péčí o obyvatelstvo. Výsledky analýzy podle autorek odpovídaly tehdejšími evropským trendům. Období se vyznačovalo vyšší mírou sebevražednosti mužů než žen, posunem vyšších hodnot měr do nižších věkových skupin, postupným zmenšováním rozdílů intenzity sebevražednosti podle věkových skupin a nižší úrovní sebevražednosti osob žijících v manželství. Podle autorek do manželství většinou nevstupují osoby trpící duševním onemocněním, závislostí na alkoholu, psychotropních látkách nebo s jinými problémy, které chápeme jako rizikové (Dzúrová a kol. 2002). Míra sebevražednosti v 90. letech podle věku je u obou pohlaví do 15 let velmi nízká, pak dochází k prvnímu výraznějšímu nárůstu u mužů a tato nadúmrtnost vůči ženám se zvyšuje až do středního věku. Mezi 50. a 60. rokem života se rozdíl zmenší, přičemž následuje velmi prudkým nárůst sebevražednosti mužů. U žen se míra s mírně rostoucí tendencí drží na nízké úrovni, k většímu nárůstu dochází až od 70. roku života, ale vůči období okolo roku 1960 je její úroveň výrazně nižší a hodnotu 100 sebevražd na 100 000 obyvatel překračuje až v pozdním věku, což se projevuje i na celkovém podílu sebevražd na souboru zemřelých, kdy ze 7 % v 60. letech poklesl podíl na 3,1 % v druhé polovině 90. let. Regionální analýza objevila vysokou míru sebevražednosti na severozápadě Čech a severovýchodě

Moravy, v kdysi silně industrializovaných oblastech, a autorky si tento fakt daly do souvislosti s vyšší migrací (nižším podílem obyvatel, kteří se v okrese narodili), přerušením tradic a ztrátou identity, reprezentovanou například vyšším podílem osob bez náboženského vyznání. V těchto regionech se rovněž vyskytuje vysoká nezaměstnanost (hlavně u mužů) a vyšší úroveň potratovosti, kterou lze interpretovat jako indikátor rozvolnění tradičních rodinných stavů a hodnot (Dzúrová, a kol. 2002).

V další studii dat o sebevraždách z poloviny 90. let se Dzúrová a kol. (2006) snažila najít faktory ovlivňující sebevražedné chování a jeho trendy v Česku pomocí regresní analýzy standardizovaných měr sebevražednosti a vybraných socio-ekonomických a demografických charakteristik v českých okresech. Nejvyšší podíl vysvětlené variability vykázaly proměnné sledující míry potratovosti, podíl obyvatel s nízkým stupněm vzdělání a podíl obyvatel s trvalým bydlištěm v okrese, kde narodili. Zatímco první dvě proměnné měly k úrovni sebevražednosti vztah kladný, zvýšený podíl „rodáků“ působil proti vysoké úrovni sebevražednosti. Závislost s nižším podílem variability byla rovněž prokázána pro míru nezaměstnanosti a úroveň kriminality (Dzúrová a kol. 2006).

Jednou z nejobsáhlejších a nejpřehlednějších studií podává ve své diplomové práci Daňková (2003), která se zaměřila na mezinárodní porovnání úrovně sebevražednosti. Přehledný výčet rizikových faktorů z oblasti psychologie, psychiatrie, biologie člověka či sociologie, podílejících se na vývoji sebevražednosti, podává představu o komplexnosti a obtížnosti analýzy tohoto jevu. Daňková ve své práci shrnuje rizikové faktory podmiňující vznik a vývoj sebevražednosti do těchto skupin:

1) faktory individuálně psychické:

- přítomnost duševního onemocnění (především depresivního charakteru)
- zneužívání návykových látek
- předchozí sebevražedné jednání
- anamnéza somatického onemocnění

2) faktory sociální:

- životní situace (nezaměstnanost, nižší stupeň vzdělání, špatná ekonomická situace) a s ní spojený životní stres
- rodinný stav (rozvedení a ovdovělí mají vyšší sebevražednost než sezdání)
- faktory širšího sociálního prostředí (politická a ekonomická situace, náboženství, kultura)

Ve vývoji úrovně sebevražednosti popisuje dvě hlavní fáze. V první fázi dochází k nárůstu ukazatelů úrovně sebevražednosti v období industrializace. Tato skutečnost je připisována nízké adaptabilitě lidí na rychlé a rozsáhlé změny ve společnosti. V druhé fázi dochází k poklesu úrovně sebevražednosti, spojované s vyšší adaptabilitou společnosti na změny v postindustriální fázi sociálního rozvoje. V analytické části autorka popisuje sebevražednost podle věku obdobně jako Dzúrová a kol. (2002) a poukazuje na měnící se motivy pro spáchání sebevražednosti s rostoucím věkem. V celosvětovém měřítku pak z jejich výpočtů vyšlo, že sociálně a ekonomicky vyspělé země zpravidla vykazují vyšší intenzitu sebevražednosti než rozvojové země. Státy s nejvyšší intenzitou sebevražednosti na světě byly pro muže Litva, Rusko

a Bělorusko, pro ženy pak Litva, Čína a Indie. Vysoký podíl sebevraždy žen, především v Asii, si Daňková vysvětluje horším sociálním postavením žen v těchto zemích. Sebevraždy žen zde dokonce převyšuje sebevraždy u mužů. V rámci Evropy je pak úroveň sebevraždy nejhorší v zemích bývalého východního bloku, kde Daňková poukazuje na výrazné problémy s alkoholismem. V kontrastu s tímto vývojem je situace v jižní Evropě, kde je nízká úroveň sebevraždy spojována s významnějším vlivem náboženství, především katolického. Od 80. let obecně klesá v Evropě úroveň sebevraždy. Novým fenoménem se stává čím dál častěji sebevraždy v mladším věku, a to zejména u mužů. Stálým problémem studia v rámci světa je pak složitá možnost porovnávání dat, ať už z důvodu podregistrace či vůbec vedení statistik, též v důsledku náboženských a kulturních rozdílů nebo užívání rozdílných postupů při stanovení příčiny smrti (Daňková 2003).

Kromě výše zmíněných prací a publikací ČSÚ, zaměřených výhradně na popisnou statistiku sebevraždy v Česku lze nalézt jen málo odborné literatury, ať už české nebo zahraniční, která by se zabývala regionální diferenciací sebevraždy na našem území. Autoři se ve většině statisticky zaměřených studií věnují porovnávání hodnot za celý stát, nebo hledají souvislosti s jedním konkrétním faktorem či skupinou faktorů, jak popisují například Moustgaard a kol. (2014) v případě hledání souvislostí mezi sebevraždami, požíváním alkoholu a užíváním antidepresiv ve Finsku. Analýzu provedl pomocí Poissonova regresního modelu na individuálním souboru dat zemřelých na sebevraždy za období 1995–2007. V závěru autor uvádí, že zvýšený podíl mužů, kteří užívají antidepresiva v minimální míře, ale stále odpovídající požadavkům léčby, může mít vliv na snížení intenzity sebevraždy v těch případech, které nesouvisí s užíváním alkoholu.

Sebevraždy v Česku může být rovněž ovlivňována situací v sousedních státech. Proto stojí za povšimnutí například studie Höfera a kol. (2012), zabývající se zvyšující se intenzitou sebevraždy v Polsku v období 1970–2009. Autoři uvádí, že v Polsku poměrně výrazně vzrostla míra sebevraždy mužů. Na konci sledovaného období připadalo na jednu sebevraždy ženy sedm sebevraždy mužů. Největší intenzita sebevraždy byla ve věkové skupině 40–54 let a nikoliv v nejvyšších věkových skupinách, jak tomu bylo v Česku. Nejčastější metodou sebevraždy je v Polsku je oběšení, Tato metoda se na všech sebevraždách podílí z více jak 90 %. Analýzu podle věkových skupin provedl také Baumert a kol. (2005) v Německu. Pro období 1991–2002 vypočítal standardizovanou míru sebevraždy podle pohlaví a věkových skupin a trend změn byl sledován pomocí Poissonovy regrese. Ve sledovaném období zaznamenal snižování intenzity sebevraždy ve všech skupinách, výraznější pokles byl zaznamenán v nejstarší skupině 75+, minimální pak ve věku 15–24 let.

Nemalá pozornost by také měla být věnována prevenci sebevraždy jednání. Saxena a kol. (2014) odhadují, že celkový počet sebevraždy na světě je přibližně 800 000 případů ročně, přičemž vyšší sebevraždy, zejména u mužů, se vyskytuje v zemích hospodářsky vyspělých (za muže 19,9 sebevraždy na 100 000 obyvatel pro vyspělé a 13,7 sebevraždy na 100 000 obyvatel pro rozvojové země v roce 2012). V závěru práce nabádají autoři k intenzivnější pozornosti vlád k tomuto jevu a nabádají k aktivitám podporující rizikové skupiny obyvatel, zamezení přístupnosti některých nebezpečných látek včetně léků nebo

ke zvýšení kontroly nad držením zbraní (Saxena a kol. 2014). Tyto závěry potvrzuje i dánská studie Nordentoftové (2007), potvrzující účinnost těchto opatření zejména u žen. Nordentoftová se zaměřila hlavně na některé rizikové skupiny jako bezdomovci nebo osoby trpící schizofrenií a jí příbuzným chorobám. Závěrem doporučuje plnit body návrhu na program prevence sebevražd a sebevražedných pokusů, obsahující kromě výše zmíněných restriktivních omezení například zavedení registrace sebevražedných pokusů nebo snahu informovat veřejnost o rizikových faktorech a skupinách s vyšším rizikem výskytu sebevražd. Tohoto tématu se rovněž dotýká článek Bille-Braheové (1998), která kromě uvedených návrhů klade důraz i na školní programy, podporující schopnost žáků vypořádávat se s obtížemi života. V Česku žádná taková koordinovaná cílená aktivita neexistuje a dalo by se říci, že například zrušení statistik sebevražedných pokusů by ve světle výše zmíněných studií mohlo být chápáno jako krok zpět. Psychologové, psychiatři nebo krizové linky (jako například Linka bezpečí) však mohou být považovány za dílčí služby, které u nás plní funkci projektivního faktoru.

## Kapitola 4

### Sebevražednost v Česku ve vztahu k vybraným charakteristikám

V této části práce jsou uvedeny a doplněny informace o některých demografických a sociálně-ekonomických faktorech ve vztahu k ukazatelům sebevražednosti. Součástí kapitoly je i pokus o objasnění motivů sebevražedného chování ve vztahu k těmto faktorům.

#### 4.1 Sebevražednost podle pohlaví

Dlouhodobý vývoj měr sebevražednosti podle pohlaví v Česku potvrdil fakt, že muži páchají sebevraždu častěji než ženy, stejně jako ve většině států světa, jak popisuje Saxena a kol. (2012). Tato nadúmrtnost se projevuje i ve vývoji hodnot indexu maskulinity sebevražednosti. Ten na našem území postupně narůstal už od 20. let, a kulminoval s hodnotou 3,01 v první polovině 30. let, jak popisuje Růžička (1968). Růst indexu si také spojuje se zvýšenou sebevražedností mužů v důsledku ekonomické krize. Následně se díky poměrně stále úrovni sebevražednosti žen a snižujícím se trendu u mužů index maskulinity sebevražednosti zmenšoval až ke svému minimu 2,24 v období 1947–1949. Obdobně nízká hodnota byla později zaznamenána i na počátku 60. let a vedly k ní stejné důvody jako na konci 40. let (Růžička 1968). V období od roku 1970 až do 90. let vykazoval podle Daňkové (2003) zmiňovaný index fluktuaci kolem 3 sebevražd mužů na sebevraždu ženy, potom došlo k výraznému nárůstu. Autorka vysvětlovala větší podíl zemřelých mužů rozdílnými motivy k sebevražednému jednání podle pohlaví a tím ovlivněnou volbu prostředků a rozdílností způsobu provedení sebevraždy mužů a žen. Celkově se podle ní uchylují k sebevražednému jednání jako vyřešení problémů častěji ženy než muži, avšak například z důvodu mateřství volí spíše méně letální (měkké) metody, což vede k neúspěšnému dokonání, jak potvrzuje Dzúrová a kol. (2002). Mezi „měkké“ metody lze podle Koutka a Kocourkové (2003) zařadit například sebeotrávení léky. Muži, kterým se alternativní řešení problémů najít nepovedlo, pak naopak volí podle Aleše (1992) spolehlivější metody s větší pravděpodobností letálního zakončení (oběšení, zastřelení, skok z výšky), a proto jsou v dokonání sebevraždy úspěšnější. Tuto hypotézu by jistě podpořila statistika sebevražedných pokusů, která však byla po roce 1989 zrušena.



## 4.2 Sebevražednost podle věku

Věk hraje u výskytu sebevražednosti také relativně podstatnou roli. V průběhu dospívání se setkáváme s prvními většími obtížemi života, současně si formujeme svoje postoje, hodnoty a učíme se zvládat překážky, které se před námi objevují. Jistou protektivní roli může podle Koutka a Kocourkové (2003) hrát rodinné zázemí, které je oporou v mnohých situacích, společenská výchova ve škole nebo vznikající přátelské vazby v kolektivu. Všechny tyto opory se však do jisté míry mohou stát také stresujícím faktorem. Rodina usměrňuje naši výchovu určitým směrem, stejně jako výuka ve škole. Jsou-li povaha dítěte a jeho snahy jiné, nastává určité dilema tvořící stresující prostředí. Tomu může rovněž napomáhat například šikana ze stran vrstevníků, a to právě pro odlišnost dítěte od kolektivu, ať už se jedná o sociální postavení, mentální zdraví, sexuální preference apod. (Koutek a Kocourková 2003). Nicméně jsou podle Růžičky (1968) četnosti sebevražd osob mladších 15 let malé a typické výraznou převahou výskytu u chlapců. Koutek a Kocourková (2003) později upozorňují na nárůst intenzity sebevražednosti ve věkové skupině 15–19 let v 90. letech. Tento fakt autoři spojují s vyšším nátlakem rodin na vzdělání jejich dětí a rozšiřováním užívání návykových látek mezi adolescenty.

Po dokončení školy se objevuje období nejistot, spojené se seberealizací, zapojením se do pracovního procesu či zakládáním rodiny. Sebevraždu v tomto kontextu lze chápat jako únik od dalších životních výzev, v případě sebevrahů vnímaných jako obtíží a překážek. Další vlnou, která se nejvíce projevuje v rozložení sebevražednosti podle věku, jsou krize ve středním věku (viz Příloha 5 a 6), kdy se u sebevrahů pravděpodobně projevují pocity bezvýznamně prožitého, ztraceného života, zklamání sebe sama, přátel, rodiny a celková deziluze. V pozdějším věku se pak více než kdy předtím projevují zdravotní problémy, samota, blížící se smrt, ztráta věkově a citově blízkých osob, což to vede tyto skupiny obyvatel k dobrovolnému ukončení života (Dzúrová a kol. 2002).

V každém období života lze najít události, které mohou negativně ovlivnit život, ať už je jejich význam pro společnost jako celek více či méně důležitý. Každý člověk vnímá svou cestu životem subjektivně, a proto se u jednoho nemusí projevit žádný problém a druhý může spáchat sebevraždu.

Dokonané sebevraždy jsou sice celkově v porovnání úmrtnosti podle příčin relativně nevýznamné, ale podíváme-li se na úmrtnost podle příčin a podle věku, shledáme, že se v mnohých zemích, v Česku nevyjímaje, umisťují na přední pozice příčin smrti u mladých lidí mezi 20. a 30. rokem života, jak říká například Aleš (1992). V celosvětovém měřítku se četnosti sebevražd podle Bille-Braheové (1998) vyrovnají počtu úmrtí při autonehodách a převyšují roční součet obětí válek a násilných aktů.

### 4.3 Sebevražednost ve vztahu k rodinnému stavu a vzdělání

O manželství jako o protektivním faktoru sebevražednosti psal již Masaryk (2002), upozorňující též na fakt, že rodinný život může ovlivnit suicidiální chování generace následující i předcházející. Růžička (1968) a později i Dzúrová a kol. (2002) potvrdili Masarykovo tvrzení analýzou sebevražd podle rodinného stavu. Růžičkovy domněnky potvrzuje později Dzúrová a kol. (2002), která identifikovala jako nejrizikovější skupiny obyvatel muže vdovce, a to výrazně i mladé vdovce (20–24 let), rozvedené ženy (25–64 let) a rozvedené i ovdovělé ženy ve věku 65 let a více. Osoby nežijící v manželství vždy převýšily intenzitou sebevražednosti ty, které ho uzavřely. Jak se na obdobných analýzách projeví v dnešní době rostoucí podíl alternativních forem soužití je zatím nejasné.

Sebevražednost podle vzdělanostních kategorií vykazovala od 80. let rozdílný vývoj podle pohlaví. Dzúrová a kol. (2002) zdůrazňuje dominantní postavení mužské nadúmrtosti na sebevraždy především v nejnižší vzdělanostní kategorii. V dalších kategoriích se také projevuje, ovšem s menšími rozdíly. Celkový vývoj ukazatele standardizované míry sebevražednosti podle dosaženého vzdělání ve věkové skupině 40–84 let naznačuje trend snižování úrovně sebevražednosti od 80. let 20. století v závislosti na zvyšující se úrovni se dosaženého vzdělání mužů. U žen ukazatel, pravděpodobně díky malým četnostem sebevražd, kolísá. Do devadesátých let se snížila intenzita sebevražednosti především u osob se základním vzděláním (Dzúrová a kol. 2002).

### 4.4 Sebevražednost a sociálně-ekonomický vývoj

Vztahem sebevražednosti ke hmotnému zajištění a k chudobě se zabýval již Masaryk (2002), který tvrdil, že bohatství i chudoba mají negativní vliv na vývoj sebevražednosti, pokud nám dokáže působit pocit neštěstí. Souvislost sebevražednosti a hospodářského vývoje diskutoval ve své práci Růžička (1968), ale nenacházel dostatek dat pro potvrzení jeho domněnky, že vyšší úroveň sebevražednosti je vykazována v obdobích ekonomických krizí, jako tomu bylo ve 30. letech 20. století. V rámci centralizované ekonomiky Československa, při snaze nivelizovat rozdíly jak v oblasti společenského postavení, tak rozdílnosti ekonomické výkonnosti území a snaze zajistit plné pracovní nasazení obyvatelstva, se rozdíly v úrovni sebevražednosti podle majetku nebo sociálního postavení hledaly těžko. Skutečnost, že takové charakteristiky jako povolání a sociální postavení pravděpodobně nemají přímý vztah následnou interpretaci ještě ztížilo. Růžička (1968) tvrdí, že zvýšená sebevražednost v určitých skupinách společnosti je v tomto kontextu spíše odrazem provázání těchto skupin k určitému životnímu prostředí, jež se na zvýšeném sklonu k sebevražednosti spíše podílí. Příkladem může být porovnání sebevražednosti městského a venkovského obyvatelstva, promítajícího se i do rozdílů mezi sebevražedností zemědělců a dělníků, nebo zaměstnanců jiných odvětví ekonomiky.

Jeden ze sociálních ukazatelů, který je nejčastěji spojován s jevem sebevražednosti, je nezaměstnanost. Dzúrová a kol. (2002) identifikovala kladný vztah rostoucí nezaměstnanosti a úrovně sebevražednosti, přičemž sebevražednost nezaměstnaných byla téměř čtyřikrát

vyšší než zaměstnaných. Vysokou sebevražednost nezaměstnaných pak zaznamenala v Moravskoslezském kraji, kde přesahovala celkovou intenzitu sebevražednosti šestinásobně. Daňková (2003) uvádí ke vztahu sebevražednosti a nezaměstnanosti v uvedeném kraji nižší poměr a upozorňuje na fakt, že nezaměstnanými jsou přirozeně také osoby jistým způsobem handicapované (například zdravotně nebo osoby s duševním onemocněním), u nichž je vyšší riziko sebevražedného chování a tudíž je zvýšená intenzita sebevražednosti logická. Ztráta zaměstnání by se rovněž měla výrazněji projevovat v sebevražedném chování mužů, neboť právě muži si svou sociální identitu častěji spojují s pracovní rolí (Daňková 2003).

Regiony, které byly ve sledovaném období postiženy vysokou úrovní nezaměstnanosti, by tedy mohly vykazovat i zvýšenou úroveň sebevražednosti, hlavně u mužů. Okresy s vysokou mírou nezaměstnanosti, překračující 15 %, se nacházely převážně v Ústeckém a Moravskoslezském kraji, kde rovněž, podle výsledků analýzy Dzúrové a kol. (2002), existuje výrazně nepříznivá situace v úrovni úmrtnosti na sebevraždy.

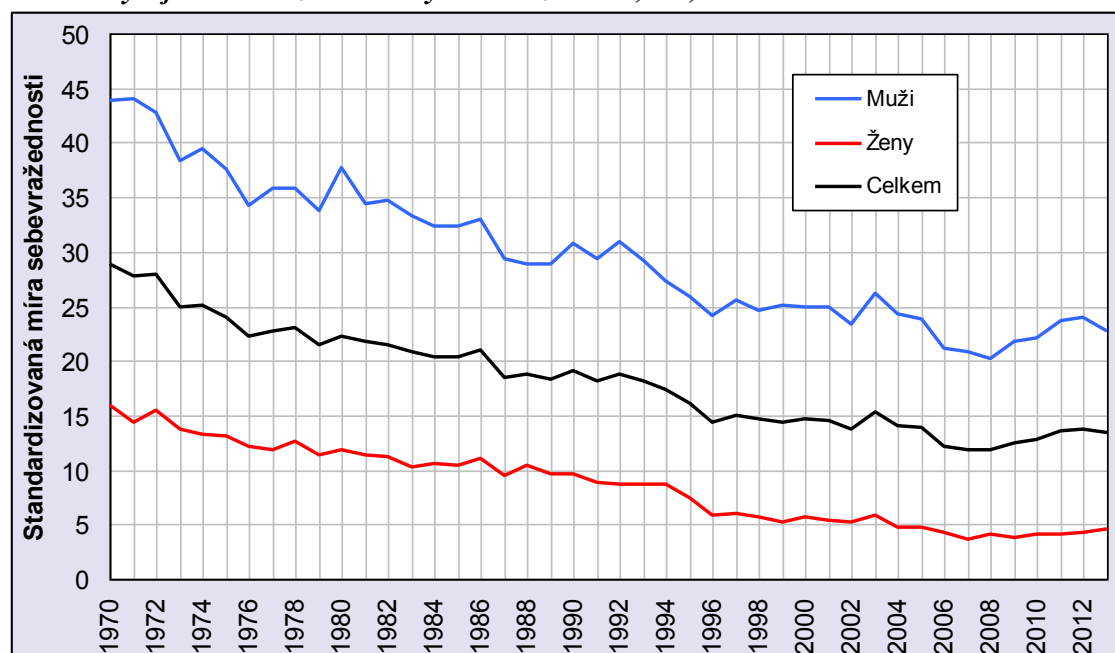
V závěru této kapitoly jsou uvedeny hypotézy o vývoji sebevražednosti, vycházející z výše uvedených dvou kapitol, zaměřujících se na přehled literatury. Sebevražednost je pravděpodobně ovlivněna jak působením prostředí, ve kterém dotyčná osoba, páchající sebevraždu žije, tak individuálními vlastnostmi a postoji k životu. Dá se předpokládat, že z hlediska společenských změn, se na intenzitě sebevražednosti pozitivně projevil vstup Česka do Evropské Unie, neboť toto začlenění do evropského prostoru mohlo posílit pocity stability a bezpečí u mnoha obyvatel a přinést nové možnosti pracovního uplatnění. Hypotézou tedy je, že ve sledovaném období 2004–2008 můžeme předpokládat nízkou intenzitu sebevražednosti jak u mužů tak u žen. V následujícím období však nastala ekonomická krize, která mohla negativně ovlivnit především sebevražedné chování mužů a další hypotézou tedy je, že v posledním sledovaném období analýzy (2009–2013) lze předpokládat zvýšení intenzity sebevražednosti, především u mužů. V otázce regionálních rozdílů si zvýšenou pozornost zasluhují okresy v krajích s vysokou mírou nezaměstnanosti, především v transformačním období (první dvě sledovaná období). Přes komplexnost problému sebevražednosti se dá hlavně u mužů předpokládat zvýšená intenzita sebevražednosti právě v těchto okresech. Poslední hypotézou je, že vysoký podíl sebevražd, spáchaných metodou oběšení, (u)škrčení a (za)dušení, lze předpokládat v okresech na severní Moravě, neboť v některých těchto okresech leží státní hranice s Polskem, kde byl zjištěn velmi vysoký podíl použití této metody a díky volné migraci polského a českého obyvatelstva mezi státy lze předpokládat hojnější využití tohoto relativně dostupného způsobu spáchání sebevraždy.

## Kapitola 5

### Analýza sebevražednosti na celostátní úrovni

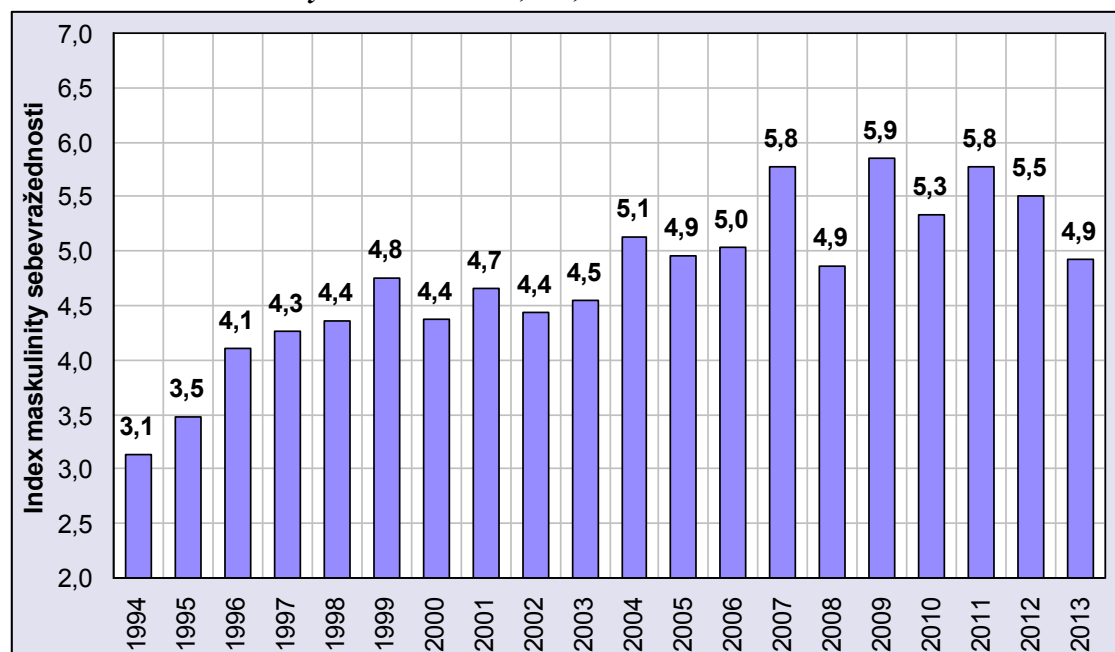
Pro zhodnocení vývoje sebevražednosti v Česku byla vypočítána standardizovaná míra sebevražednosti, analyzovaná za čtyři pětiletá období (1994–1998, 1999–2003, 2004–2008, 2009–2013). Za celé sledované období 1994–2013 bylo v Česku zaznamenáno celkem 31 616 dokonaných sebevražd, což by odpovídalo průměrně 1 600 sebevraždám ročně, tedy 4 až 5 denně. Na celkovém úhrnu zemřelých se sebevraždy v posledních letech podílely jen minimálně, ročně v rozmezí 1,3–1,5 %, což je výrazně méně než 7 % v 60. letech a 3,1 % v 90. letech, jak udává Dzúrová a kol. (2002). Při detailnějším pohledu na příčiny úmrtí podle věkových kategorií se však dostáváme k zjištění, že sebevraždy v určitých fázích života představují významnou příčinu smrti. Daňková (2003) uvádí, že sebevraždy ve vyspělých zemích ve věkové skupině 15–34 let jsou vedle úmrtnosti na dopravní nehody se svým podílem 3–30 % jednou ze tří nejčastějších příčin smrti, což z nich dělá významný společenský fenomén, kterým je třeba se zabývat. Obdobně se o sebevraždách ve věkové kategorii 15–29 let zmiňuje Aleš (1992), podle kterého podíl v tomto věkovém intervalu činí téměř pětinu všech úmrtí. Z vlastních výpočtů bylo zjištěno, že podíl sebevražd pro kategorii 15–34 let na celkovém počtu zemřelých se ve sledovaném období zvýšil. U žen se v období 1994–2008 pohyboval těsně pod hodnotou 10 %, u mužů pod 20 % a v období 2009–2013 se u obou pohlaví zvýšil (u žen minimálně, u mužů přibližně o 5 procentních bodů). Celkově se hodnota ukazatele pro obě pohlaví v období 1994–2008 pohybovala okolo 17 %, v období 2009–2013 se zvýšila nad 20 %.

Od 70. let 20. století se úroveň sebevražednosti v Česku u obou pohlaví postupně snižovala, jak dokládá vývoj křivek standardizované míry sebevražednosti (Obr. 1). V roce 2008 bylo zaznamenáno její historické minimum na našem území, které činilo 11,8 sebevražd na 100 000 obyvatel. V posledním analyzovaném období, 2009–2013, se její pokles zastavil a došlo k mírnému nárůstu, který byl způsoben především zvýšenou sebevražedností mužů. Toto období je jediné, kdy se vývoj podle pohlaví více odlišuje, přičemž určující roli na vývoji křivky za obě pohlaví hráli právě muži.

**Obr. 1: Vývoj standardizované míry sebevraždnosti, ČR, 1970–2013**

Zdroj dat: Daňková (2003), ČSÚ, vlastní výpočty

Dále byl analyzován vývoj indexu maskulinity sebevraždnosti (Obr. 2). Nárůst jeho hodnot byl oproti předcházejícímu pozvolnému nárůstu od 60. do 90. let (z 2,2 z roku 1960 na 3,0 v roce 1993, který popisuje například Dzúrová a kol. (2002)), mnohem výraznější. Z původních 3,1 sebevražd mužů na jednu sebevražd ženy v roce 1994 se vyšplhal až k maximu 5,9 v roce 2009, později byl zaznamenán pokles k hodnotě 4,9 v roce 2013. Jedná se o vysoký poměr, typický pro země bývalého východního bloku, jak ukazují například data WHO (Saxena 2012). V ostatních zemích Evropy se hodnota indexu maskulinity sebevraždnosti pohybovala běžně v rozmezí 2 až 4.

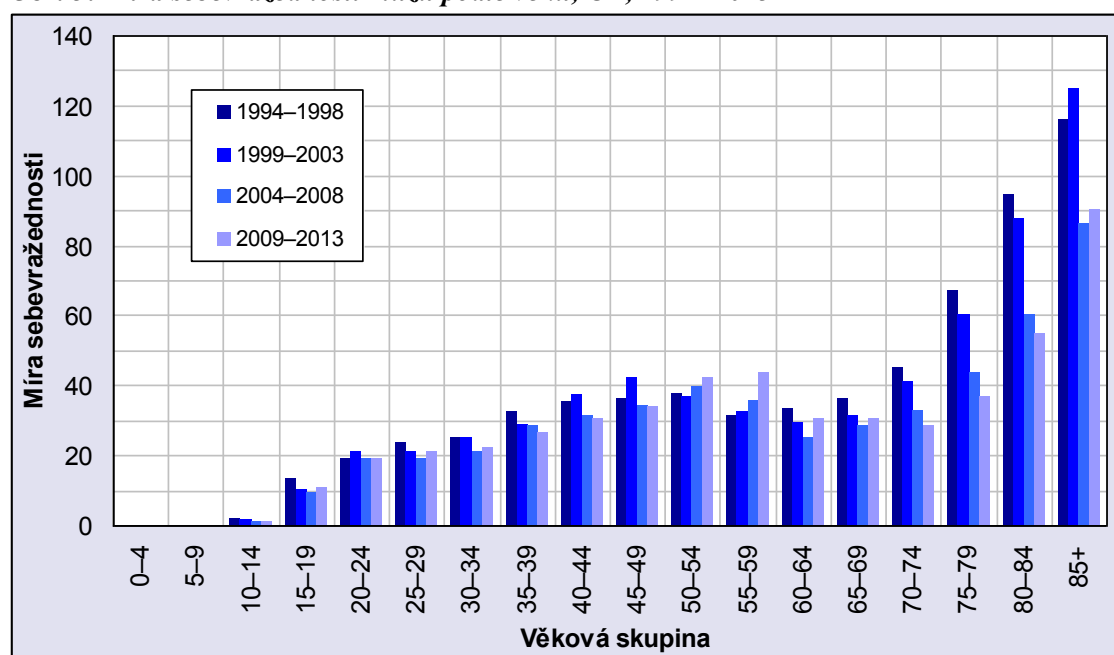
**Obr. 2: Index maskulinity sebevraždnosti, ČR, 1994–2013**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

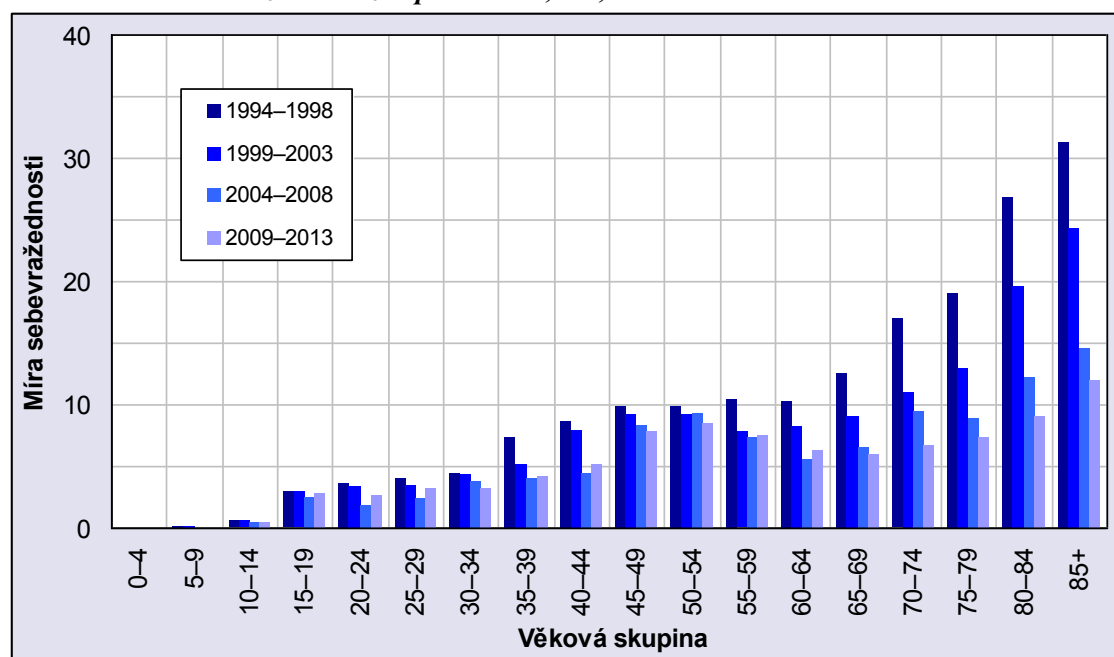
Na následujících obrázcích je znázorněna úroveň a intenzita míry sebevraždy v Česku podle pětiletých věkových skupin sledovaných období. Při porovnání jednotlivých skupin podle pohlaví je zřejmá jak nižší úroveň sebevraždy žen, tak s rostoucím věkem i rychlejší nárůst intenzity sebevraždy mužů, hlavně v mladším věku (Obr. 3 a 4). U obou pohlaví je evidentní zvýšení sebevraždy ve středním věku, ve kterém tak lze vysledovat lokální maximum v hodnotách míry (v období 2009–2013 pro ženy ve věku 50–54 let a muže ve věku 55–59 let). V průběhu sledovaného období se podobnost vývoje intenzity sebevraždy obou pohlaví. Dalším zjištěním bylo, že s rostoucím věkem rovněž narůstá intenzita sebevraždy jak u mužů, tak i u žen. Nejvyšších hodnot dosahuje v nejvyšších věkových kategoriích.

Pro možnost porovnání s údaji o sebevraždách podle rodinného stavu od Dzúrové a kol. z roku 2002, a také kvůli odstranění vlivu malých četností, byly rovněž tyto míry standardizovány a agregovány do tří věkových skupin (15–34, 35–64 a 65–84 let, sebevražednost ve věku do 15 let a nad 84 let v tomto případě pro účel porovnání zanedbáme). Zde se potvrzuje, že v pozitivním vývoji sebevraždy ve sledovaném období se nejvíce projevuje snižování intenzity sebevraždy ve vyšším věku (Obr. 5 a 6). Výraznějším poklesem hodnot se vyznačovala data pro ženy (ve věku 35–64 a hlavně 65–84 let), čímž se rovněž dá vysvětlit dříve popsany nárůst indexu maskulinity sebevraždy. V posledním sledovaném období se hodnota standardizované míry sebevraždy ve skupinách 35–64 a 65–84 let pohybuje u mužů v intervalu 30–35 a u žen mezi 6–7 sebevraždami na 100 000 obyvatel.

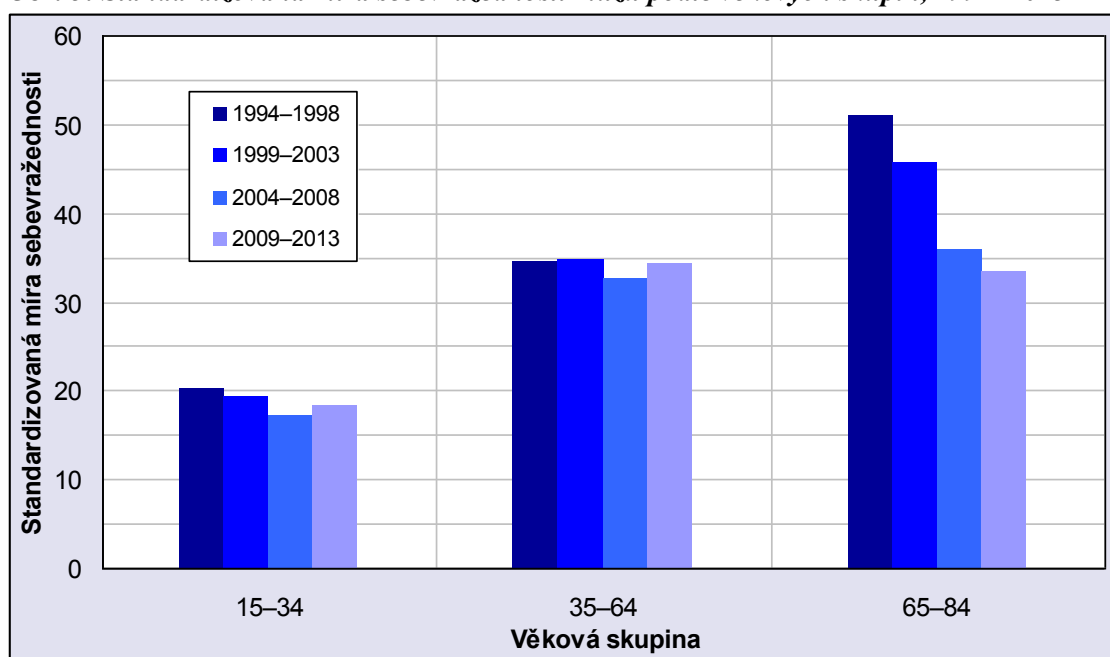
Po srovnání s výsledky analýzy podle rodinného stavu, které uvádí Dzúrová a kol. (2002), se dá usoudit, že ve věku 65–84 let se především výrazně zlepšila životní situace žen, zejména vdaných a ovdovělých, neboť v této věkové kategorii tvoří převážnou většinu. Obecně lze tvrdit, že snižování úrovně sebevraždy pak souvisí s lepšími životními vyhlídkami této skupiny obyvatelstva. Faktorů může být podle Dzúrové a kol. (2002) více, od vlivu služeb zajišťujících lepší zapojení do společenského života po lepší dostupnost lékařské péče, a tím pádem dosažením spokojenějšího stavu tělesného i duševního zdraví.

**Obr. 3: Míra sebevraždnosti mužů podle věku, ČR, 1994–2013**

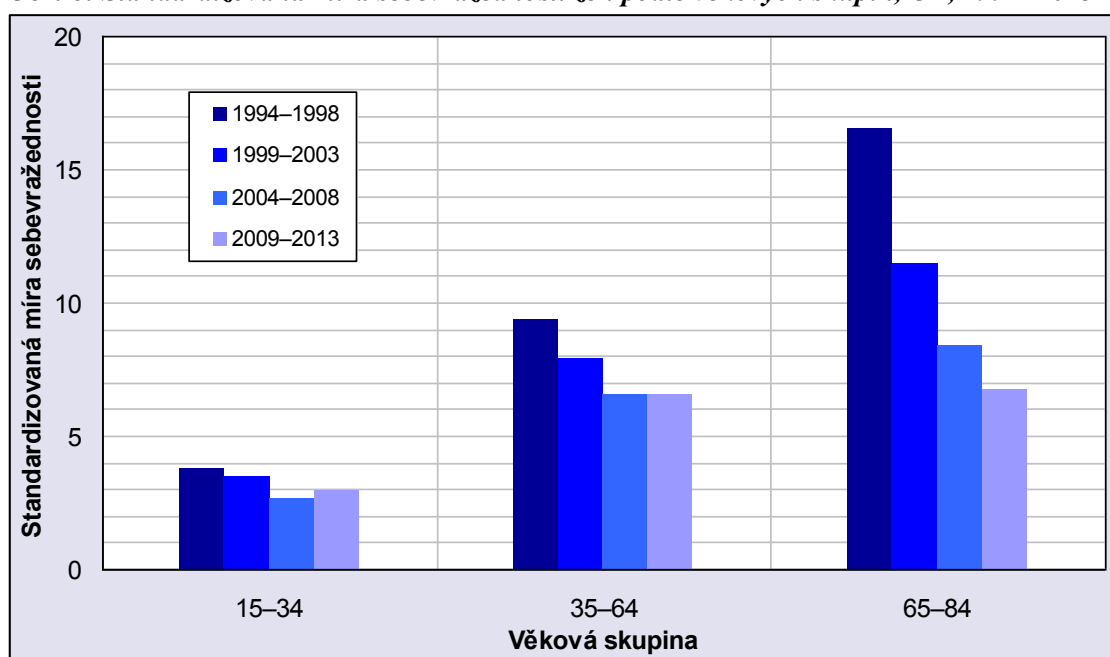
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 4: Míra sebevraždnosti žen podle věku, ČR, 1994–2013**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 5: Standardizovaná míra sebevraždnosti mužů podle věkových skupin, 1994–2013**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 6: Standardizovaná míra sebevraždnosti žen podle věkových skupin, ČR, 1994–2013**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty



## Kapitola 6

### Regionální analýza sebevraždnosti v okresech

Do regionální analýzy vstoupilo celkem 77 územních jednotek, tedy 76 okresů plus území hlavního města Prahy. Analýza byla, rovněž jako v některých souhrnných výstupech za Česko, provedena ve čtyřech výše zmíněných pětiletých obdobích. Hlavním porovnávaným ukazatelem regionální analýzy byla standardizovaná míra sebevraždnosti za každé období (viz Příloha 1), dále pak index maskulinity sebevraždnosti a podíl sebevražd spáchaných metodou oběšením, (u)škrčením a (za)dušením. Veškerá data v této kapitole byla zpracována odděleně pro muže a ženy.

#### 6.1 Vývoj intenzity sebevraždnosti v okresech

Prvním vhladem do výsledků analýzy jsou vybrané charakteristiky variability v okresech (Tab. 1). Kromě nepatrného nárůstu v posledním období u mužů se hodnota standardizované míry sebevraždnosti za Česko snižovala u obou pohlaví. Výrazné zvýšení variačního rozpětí tohoto ukazatele se projevilo u mužů v období 1999–2003, kdy vzrostlo až na 40,5, a následně se opět snížilo přibližně na stejnou úroveň jako v prvním sledovaném období (v letech 1994–1998 činilo 28,2, v letech 2009–2013 pak 28,7). Hodnoty variačního koeficientu se u mužů během celého období změnily jen minimálně. Naopak tomu bylo u žen. Variační rozpětí se po celé sledované období příliš neměnilo a bylo relativně malé, zato variační koeficient se zvyšoval. Nejvyšší hodnoty dosáhl v letech 2004–2008 (44,3 %), poté se opět snížil na 33 %, což je téměř k úrovni z let 1994–1998. Z uvedených údajů lze usoudit, že u mužů sice docházelo ke změně úrovně sebevraždnosti, ale patrně bez výraznějších změn v regionální diferenciaci, naopak u žen se projevila jak snižující se úroveň sebevraždnosti, tak tendence ke zvětšování rozdílností mezi okresy v letech 1994–2008. Tato tendence se v posledním analyzovaném období 2009–2013 obrátila a rozdíly mezi regiony se naopak opět zmenšily.

**Tab. 1: Charakteristiky variability hodnot standardizované míry sebevraždnosti, okresy ČR, 1994–2013**

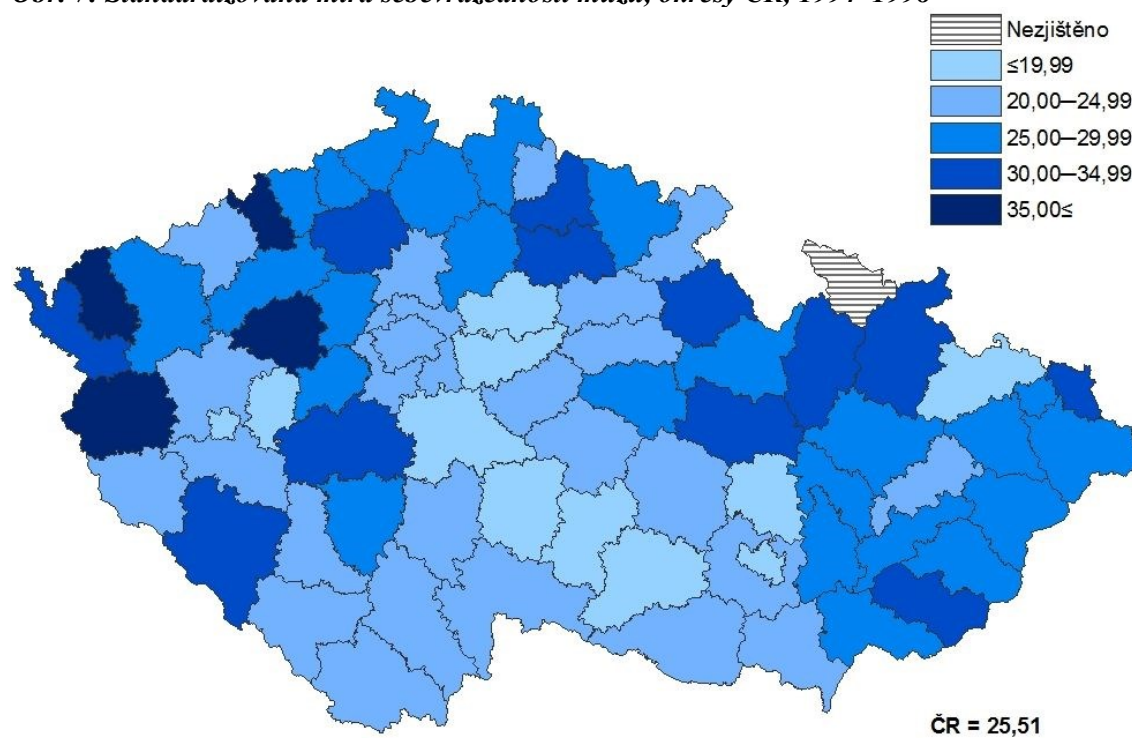
	1994–1998	1999–2003	2004–2008	2009–2013
<b>Muži</b>				
Maximum	45,0	50,1	41,0	40,9
Minimum	16,8	9,6	15,0	12,2
Variační rozpětí	28,2	40,5	25,9	28,7
Směrodatná odchylka	5,3	5,5	4,5	5,0
Variační koeficient (v %)	20,2	21,6	19,6	21,1
Česko	25,5	24,9	22,1	22,9
<b>Ženy</b>				
Maximum	11,8	16,6	14,0	9,6
Minimum	1,1	2,5	1,3	1,9
Variační rozpětí	10,7	14,1	12,7	7,7
Směrodatná odchylka	2,1	1,9	2,0	1,4
Variační koeficient (v %)	31,5	36,3	44,3	33,0
Česko	6,7	5,5	4,3	4,2

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

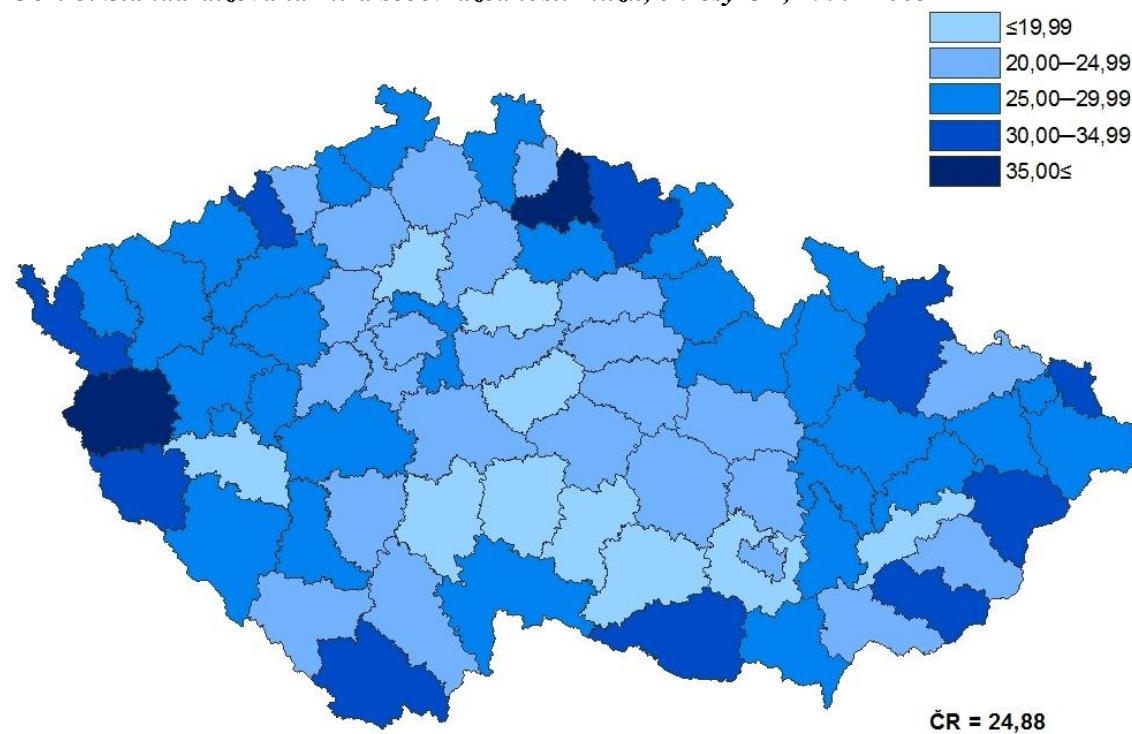
Podrobnější závěry o vývoji intenzity sebevraždnosti je možné provést jednak pomocí hodnot standardizované míry sebevraždnosti, a rovněž pomocí vypočítaných indexů změny této míry pro tatáž území. Na následujících obrázcích lze všechna čtyři období porovnat, a to odděleně podle pohlaví.

V období 1994–1998 došlo u mužů k poměrně pozitivnímu vývoji sebevraždnosti. Standardizovaná míra sebevraždnosti za celou republiku za muže se pohybovala okolo hodnoty 25,5 což je méně, než uvádí například Daňková (2003) za období 1992–1996, kdy ještě nabývala hodnot kolem 27,4. Při porovnání úrovně v období 1994–1998 s následujícím obdobím 1999–2003 (Obr. 7, 8 a 11) lze vyzorovat, že k nejvýznamnějšímu zvýšení intenzity sebevraždnosti docházelo v okresech Plzeňského kraje, konkrétně v okresech Rokycany, Domažlice, Plzeň-město, Tachov, a dále v okresech Znojmo, Strakonice a Prostějov (Obr. 11). V každém z těchto okresů se hodnota standardizované míry sebevraždnosti v období 1999–2003 zvýšila na více než 125 % hodnoty z období 1994–1998 (největší nárůst byl zaznamenán v okrese Rokycany, kde index změny odpovídal hodnotě 150,4 %). Kromě těchto okresů se zhoršování intenzity sebevraždnosti projevilo v některých regionech, nacházejících se v pohraničí, především u rakouského. Obecně lze usoudit, že kromě okresu Tachov došlo, při porovnání obrázků 7 a 8, k výraznějšímu zhoršení podmínek v okresech s původně spíše podprůměrnou intenzitou sebevraždnosti.

Z hlediska rozmístění se většina okresů s výrazně zlepšujícím se stavem intenzity sebevraždnosti vyskytuje izolovaně od ostatních (Obr. 11), pomineme-li sousedící okresy Litoměřice a Mělník. Kromě nich se do skupiny s indexem změny standardizované míry sebevraždnosti menším než 75 % hodnoty z období 1994–1998 zařadily okresy Tábor, Sokolov, Svitavy, Kroměříž a Plzeň-jih. V okrese Tábor došlo k nejvýraznějšímu poklesu tohoto ukazatele až k hodnotě 39,6 %.

**Obr. 7: Standardizovaná míra sebevraždnosti mužů, okresy ČR, 1994–1998**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

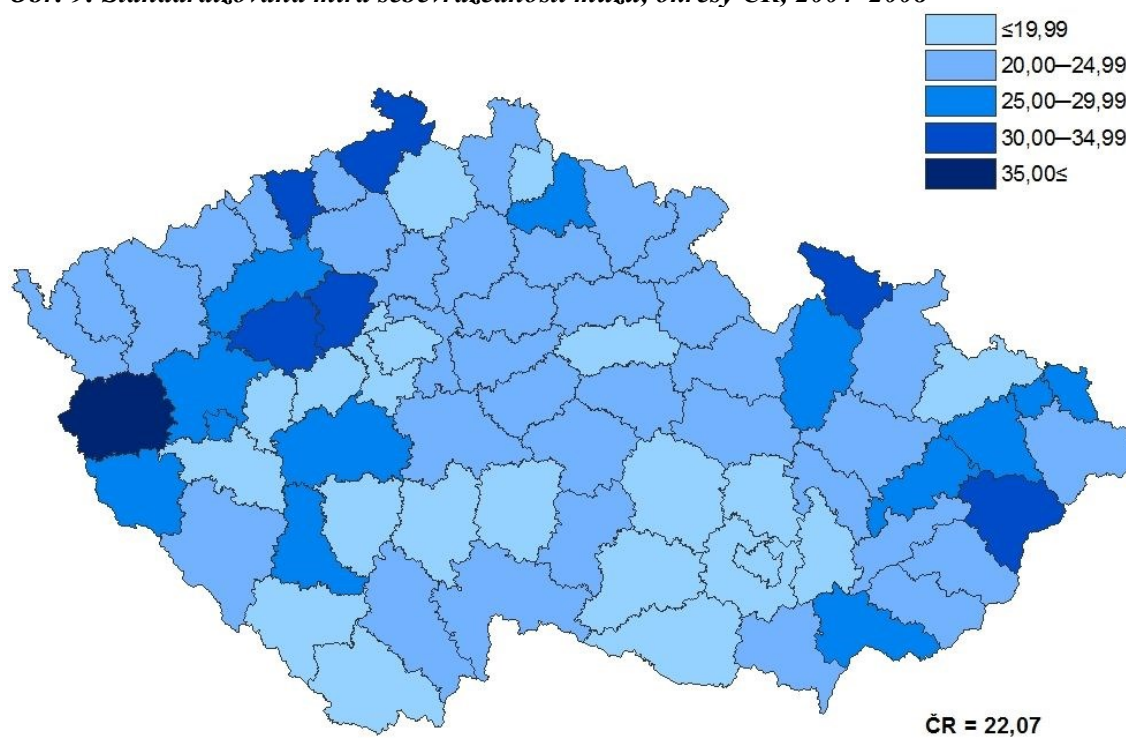
**Obr. 8: Standardizovaná míra sebevraždnosti mužů, okresy ČR, 1999–2003**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

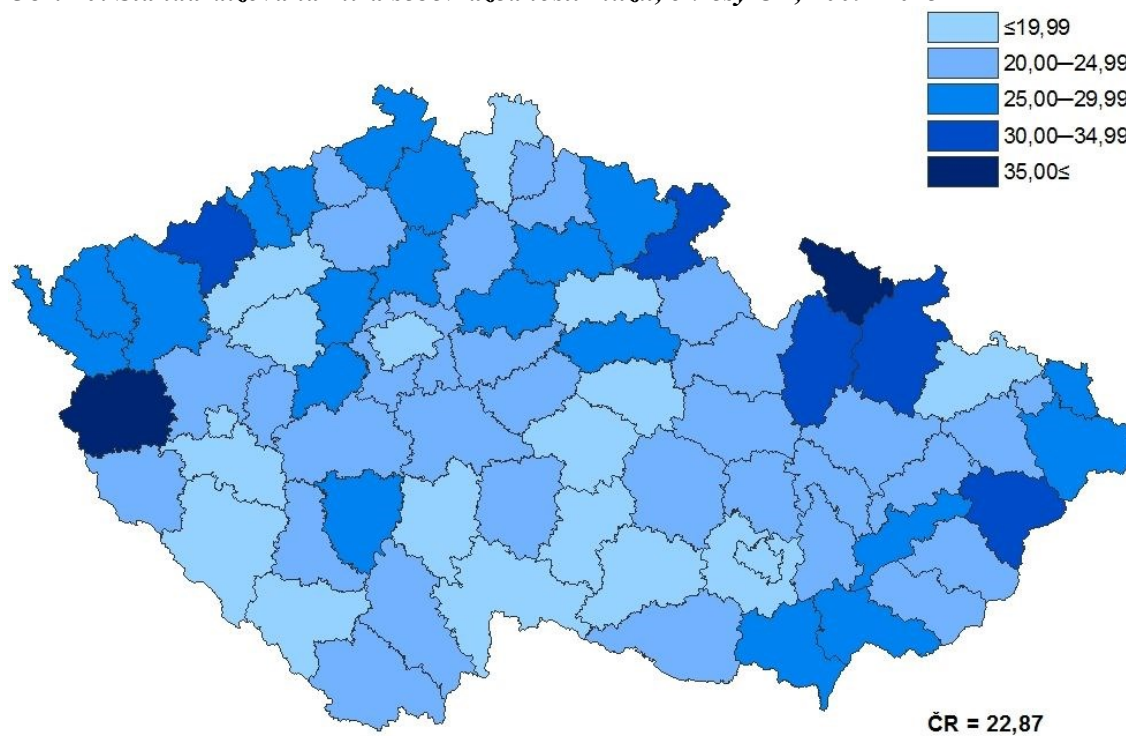
Po porovnání standardizované míry sebevraždnosti v období 1999–2003 a 2004–2008 (Obr. 9 a 10) se u mužů projevilo snížení její intenzity v 55 okresech. Přesto se lokálně objevily regiony s výrazným nárůstem (nad 125 % původní hodnoty z období 1999–2003), konkrétně se jednalo o okresy Tábor (s nárůstem až na 170 % hodnoty z předcházejícího období), Kutná Hora, Kladno, Mělník a Děčín. Jedná se o okresy, které v předcházejícím období nevykazovaly žádnou změnu k horšímu, naopak ve většině z těchto okresů se dokonce intenzita sebevraždnosti snižovala. Obdobná proměna působila v některých regionech opačně, jak potvrzuje zlepšování stavu v okresech Znojmo (obrat na 57,7 % hodnoty z období 1999–2003), Rokycany, ale také Český Krumlov, Semily, Vyškov nebo Trutnov (Obr. 11 a 12). Dalšími okresy, ve kterých byl index změny pod hodnotu 75 %, byly Most, Praha-západ, Bruntál, Cheb a Brno-venkov. Při komplexnějším pohledu lze tvrdit, že se situace zlepšila především v okresech, které leží přiléhají ke státní hranici. Z celkem 35 pohraničních okresů, jich 28 vykázalo mírný či intenzivnější pokles. Naopak nejhorší situace z hlediska územního rozsahu jevu nastala v okresech tvořících severozápadní a východní hranici Středočeského kraje.

Mezi obdobími 2004–2008 a 2009–2013 (viz Obr. 9 a 10) došlo u mužů, v rámci základní popisné statistiky za Česko, k mírnému růstu intenzity sebevraždnosti, a tedy k odklonění od vývoje v předchozích třech obdobích. Tato proměna se týkala jak oblastí pohraničních, tak vnitrozemských. K větším či menším změnám k horšímu došlo celkem v 38 okresech oproti 25, kde se intenzita sebevraždnosti snížila (Obr. 13). Ve zbylých 14 okresech zůstávala víceméně na stejné úrovni jako v období 2004–2008. Nárůst intenzity sebevraždnosti byl zaznamenán v některých regionech, typických pro svou velkou proměnlivost hodnot indexu změny, jak tomu bylo například v okresech Trutnov, Rokycany, Český Krumlov nebo Znojmo. Nejvyšší hodnoty indexu změny byly zjištěny v okresech Bruntál a Česká Lípa, byly až nad 150 % hodnoty z období 2004–2008. Silně nadprůměrné hodnoty (s indexem změny 125 % a víc) se vyskytovaly celkem v 17 okresech. Naopak výrazný pokles hodnot standardizované míry sebevraždnosti (75 % úrovně z období 2004–2008 a méně) zmíněného indexu byl zjištěn v okresech Louny, Rakovník, Plzeň-město (všechny tři dokonce pod hladinou 60 %) a Tábor. Z větší perspektivy lze vysledovat liniový charakter uspořádání okresů s vysokým nárůstem intenzity sebevraždnosti, konkrétně lze najít čtyři významnější linie: Cheb-Karlovy Vary-Most, Rokycany-Praha-západ-Litoměřice, Nymburk-Jičín-Náchod a Brno-venkov-Vyškov-Kroměříž. Kraje s nejhorší hodnotou indexu změny byly Karlovarský, Královéhradecký, Olomoucký a Jihomoravský. Až na výjimky se index změny v těchto krajích pohyboval více či méně nad průměrem.

V souvislosti s tímto vývojem bychom si mohli spojit teorii Durkheima (1951) o anomických sebevraždách a Růžičkovy (1968) domněnky o souvislosti sebevražd mužů s ekonomickým vývojem v zemi, neboť růst intenzity sebevraždnosti v tomto období by mohl být částečně ovlivněn ekonomickou krizí, pokrývajícím svým působením v Česku toto studované období.

**Obr. 9: Standardizovaná míra sebevraždnosti mužů, okresy ČR, 2004–2008**

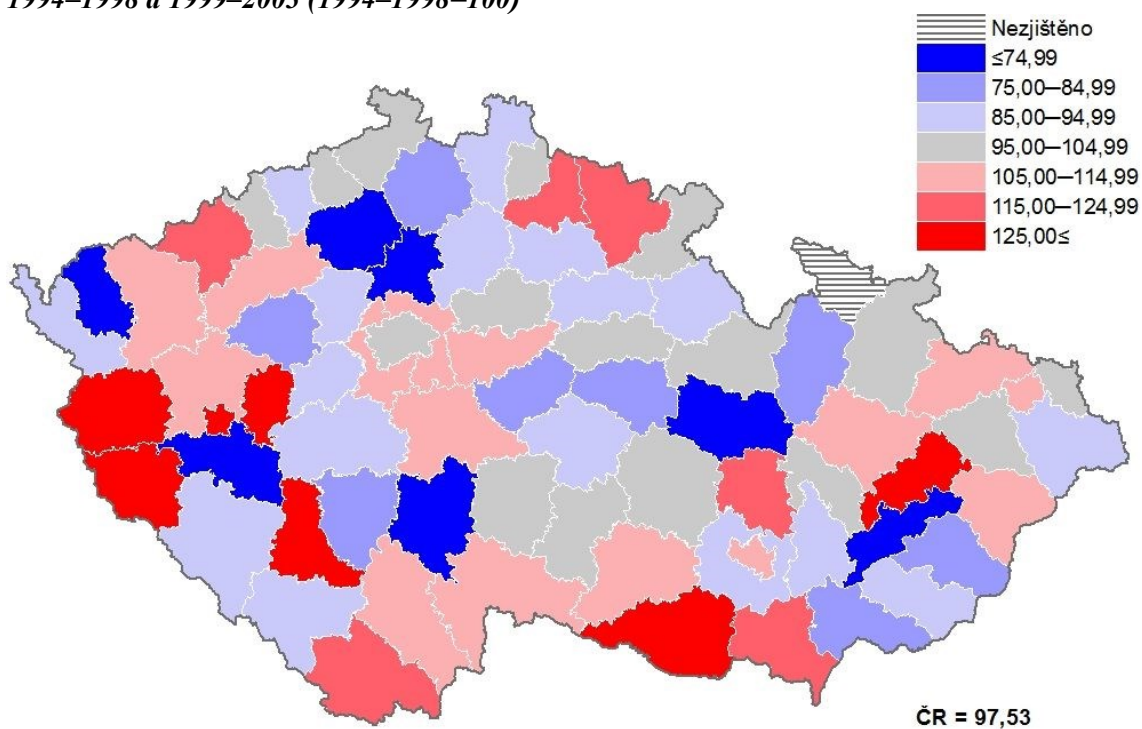
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 10: Standardizovaná míra sebevraždnosti mužů, okresy ČR, 2009–2013**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

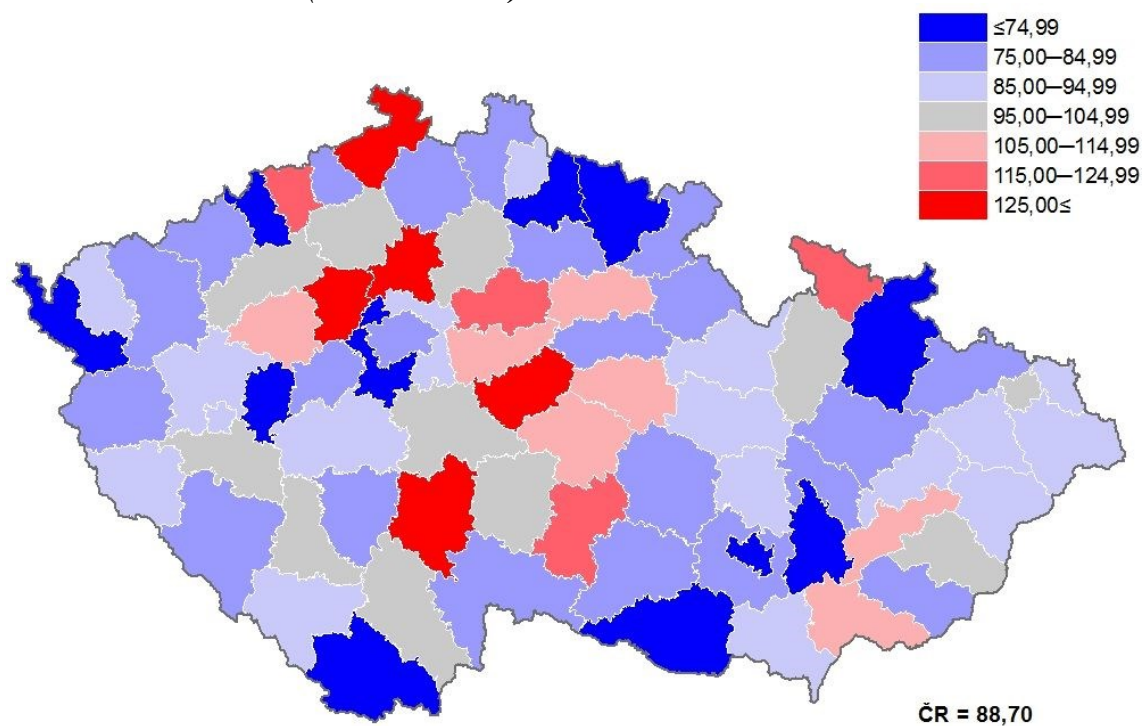


**Obr. 11:** Index změny standardizované míry sebevraždnosti mužů, okresy ČR, mezi obdobími 1994–1998 a 1999–2003 (1994–1998=100)



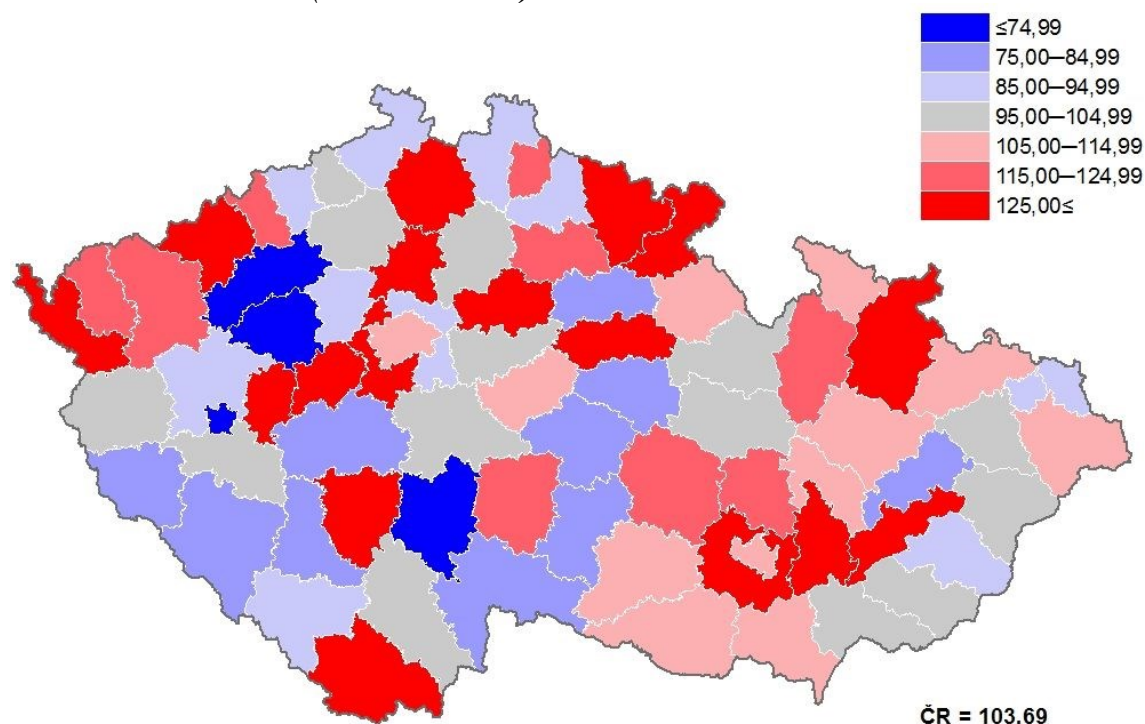
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 12:** Index změny standardizované míry sebevraždnosti mužů, okresy ČR, mezi obdobími 1999–2003 a 2004–2008 (1999–2003=100)



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 13: Index změny standardizované míry sebevraždnosti mužů, okresy ČR, mezi obdobími 2004–2008 a 2009–2013 (2004–2008 = 100)**

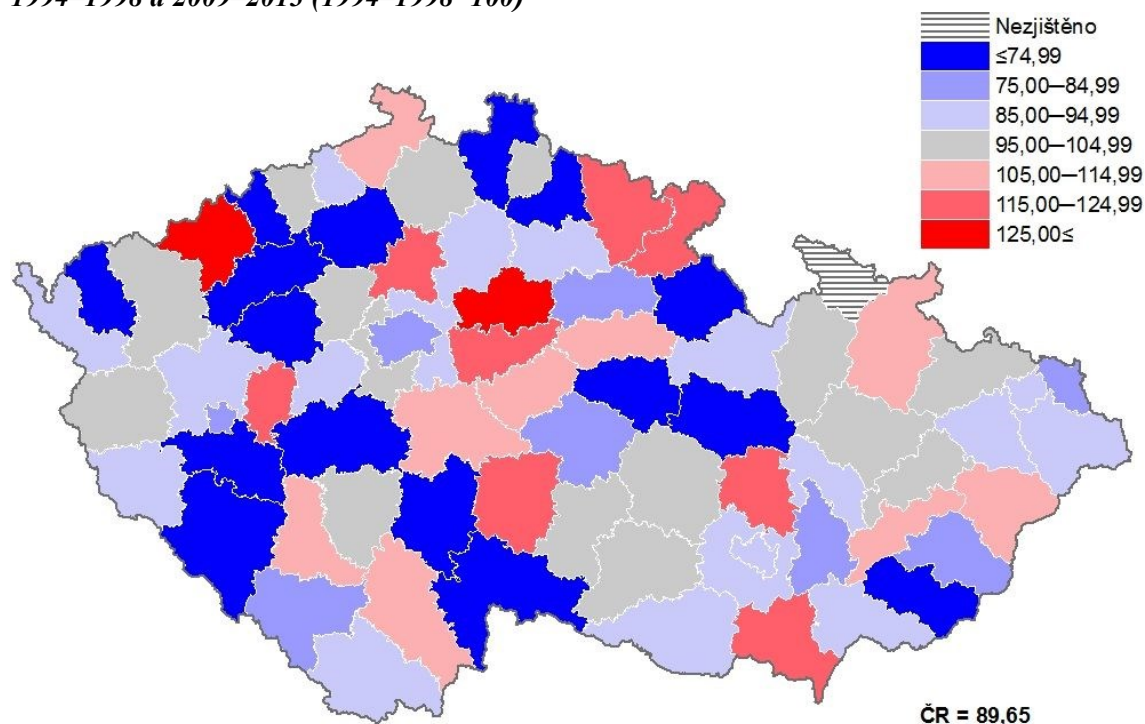


**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

Celková proměna intenzity sebevraždnosti v čase je popsána pomocí indexu změny mezi prvním a posledním sledovaným pětiletým obdobím (Obr. 14). Z obrázku vyplývá, že dramatictější vývoj nastal na území Čech, kde se kromě většiny okresů s výrazným poklesem hodnot standardizované míry sebevraždnosti (Rakovník, Tábor, Klatovy, Louny a další) vyskytovaly i okresy s nejvyšším nárůstem (Nymburk, Chomutov). V některých regionech se tato míra v období 2009–2013 prakticky rovnala hodnotám z poloviny devadesátých let (Žďár nad Sázavou, Praha-západ, Šumperk a další).

Při hledání příčin nelze jednoznačně určit faktor, který by jako jediný vysvětloval změny v intenzitě sebevraždnosti. Muži se z hlediska vlivu socioekonomických faktorů mohou jevit jako citlivější, v porovnání s ženami, jak popisuje Růžička (1968), neboť i po změnách hodnotových žebříčků spojených se společenskou transformací lze předpokládat, že většina z nich má vědomě či podvědomě stále zakořeněnou roli živitele rodiny, která muže silněji propojuje právě se socioekonomickým vývojem společnosti. Můžeme diskutovat například o vlivu vstupu Česka do Evropské Unie a ekonomické změny, spojené jak s tímto vstupem, tak s transformací ekonomiky v 90. letech. V tomto úhlu pohledu by se na snížení intenzity sebevraždnosti mužů v období 2004–2008 mohl zčásti podílet jednak pocit lepších vyhlídek, spojených se vstupem do Evropské Unie v roce 2004, a také příznivý vývoj v rámci ekonomického cyklu v tomto období. Následující zhoršení situace mohla částečně způsobit dříve zmíněná ekonomická krize, která se v Česku projevila od roku 2008 až za konec sledovaného období. Okresy v severozápadních Čechách a na severovýchodní Moravě, na které Džurová a kol. (2002) upozorňovala jednak díky problémům s transformačním procesem a jednak se zvýšenou úrovní nezaměstnanosti, potvrdily v prvním sledovaném období vysokou intenzitu sebevraždnosti (Sokolov, Most, Bruntál, Karviná) ale v následujících obdobích se u nich situace zlepšovala.

**Obr. 14: Index změny standardizované míry sebevraždnosti mužů, okresy ČR, mezi obdobími 1994–1998 a 2009–2013 (1994–1998=100)**

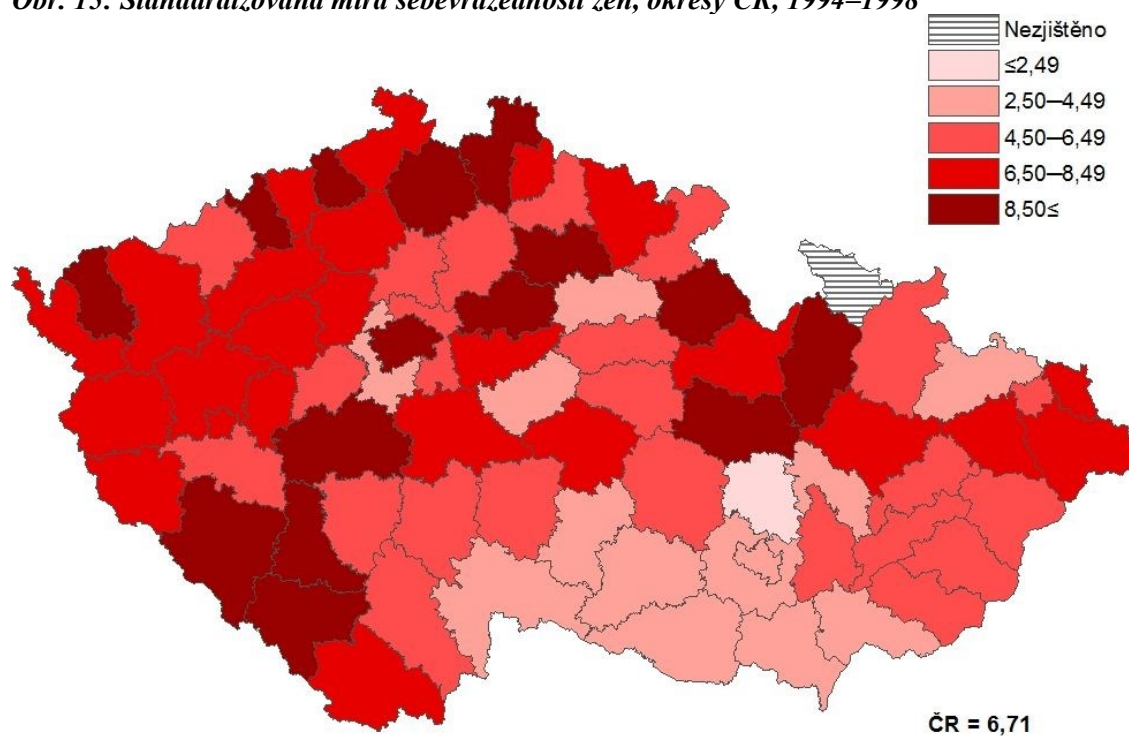


**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

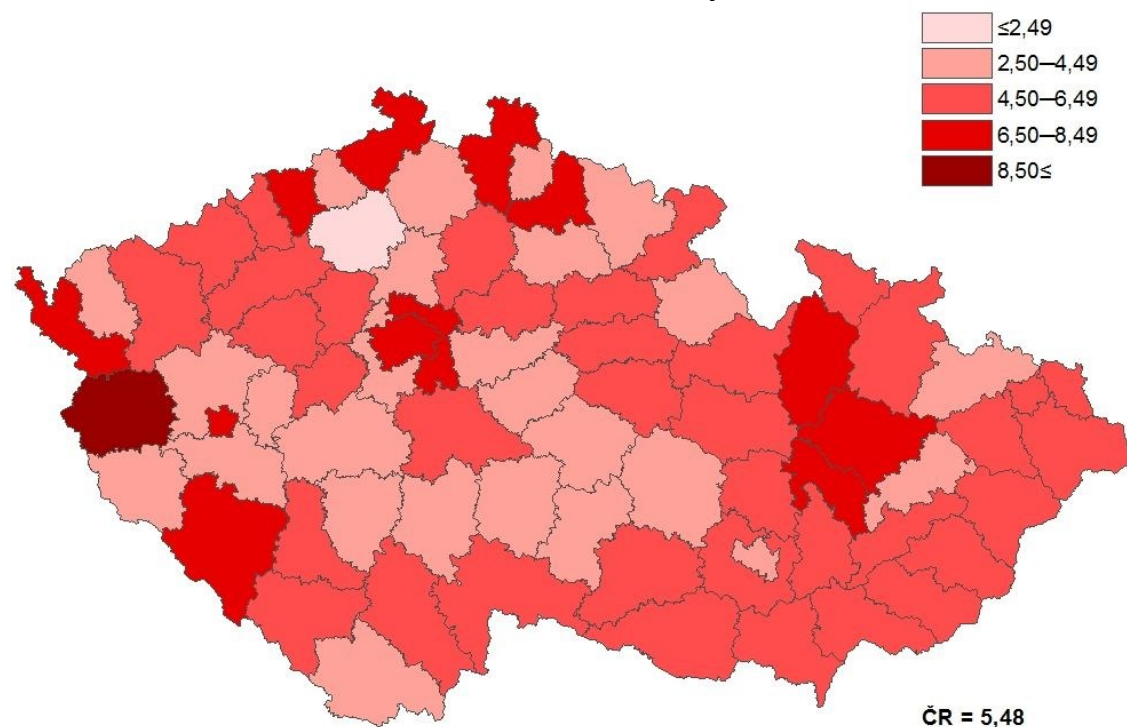
Zjištěné změny intenzity sebevraždnosti žen byly ještě větší než u mužů a jejich charakteristickým rysem byla jejich větší tendence ke shlukování. To mohlo být způsobeno jednak tím, že se situace u žen skutečně zlepšovala a jednak díky mnohem menším hodnotám, pohybujícím se v některých regionech i kolem 1–3 sebevražd na 100 000 obyvatel (viz Obr. 15 až 18). Pokles hodnoty standardizované míry sebevraždnosti žen za Česko byl zaznamenán mezi všemi čtyřmi sledovanými obdobími.

Změny, které nastaly mezi obdobími 1994–1998 a 1999–2003 jsou znázorněny pomocí Obr. 19. Do kategorií s výraznějšími změnami (nad 125 % či pod 75 % hodnoty z předchozího období) se, v porovnání se 14 okresy u mužů, dostalo u žen celkem 42 okresů. Okresy Blansko a Tachov vykazaly navýšení na více než 200 % původní hodnoty, nutno však podotknout, že v předchozím období se v nich vyskytlo méně než 10 sebevražd. U žen je třeba se tuto problematiku neustále připomínat, neboť četnosti sebevražd u nich bývají malé i za použití delšího časového úseku. Souvislejší oblast s nejméně příznivým vývojem intenzity sebevraždnosti se objevila na jižních hranicích dvou krajů, Jihočeského a Vysočiny a v Jihomoravském kraji, kde kromě okresu Vyškov narůstala sebevraždnost v celém jeho území. Společně s okresem Tachov se jednalo o stejné oblasti, ve kterých narůstala rovněž intenzita sebevraždnosti mužů. Naopak poměrně příznivá situace v kontrastu s muži nastala pro ženy v západních Čechách. Výrazné zlepšení intenzity sebevraždnosti se projevilo ve 31 okresech, v 5 z nich dokonce s hodnotou indexu změny pod 40 % úrovně z období 1994–1998 (Česká Lípa, Litoměřice, Jičín, Domažlice, Kolín). Regiony se zlepšujícím se stavem sebevraždnosti se nacházely zejména v Čechách, konkrétně v oblasti Šumavy, dále v okolí Plzně, v linii okresů Žďár nad Sázavou–Kolín–Nymburk–Trutnov, v okresech Karlovy Vary a Sokolov také v některých okresech v okolí Litoměřic a na Moravě v okolí Ostravy.



**Obr. 15: Standardizovaná míra sebevraždnosti žen, okresy ČR, 1994–1998**

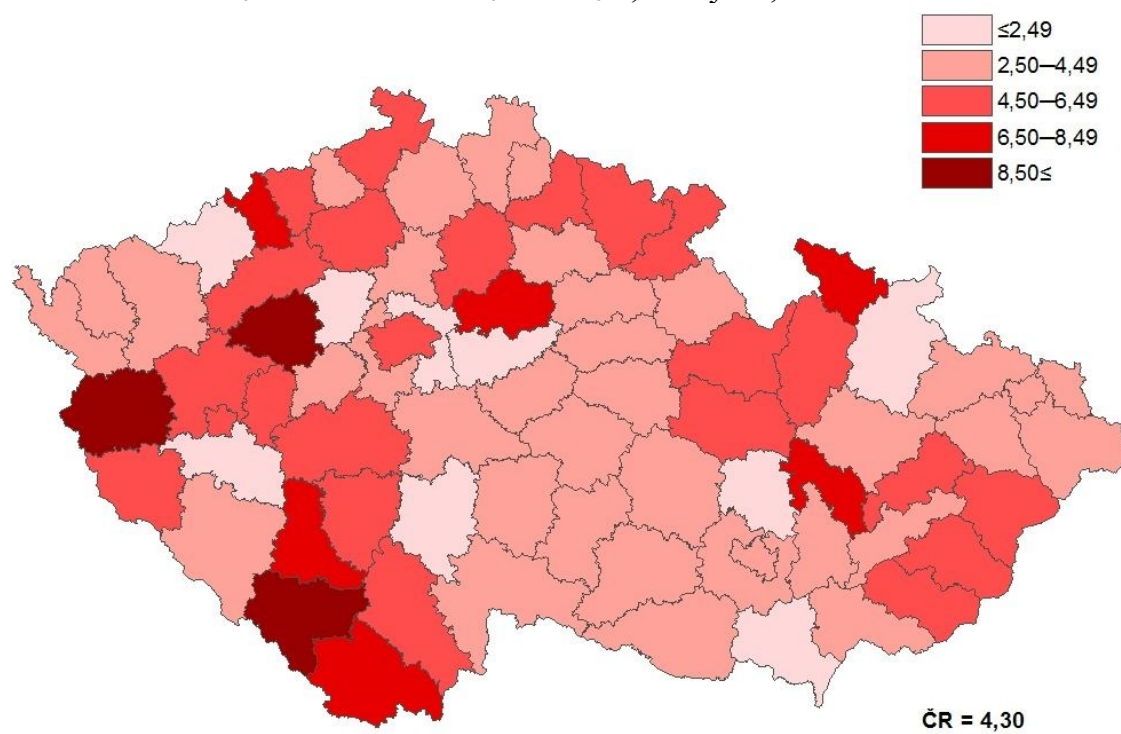
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 16: Standardizovaná míra sebevraždnosti žen, okresy ČR, 1999–2003**

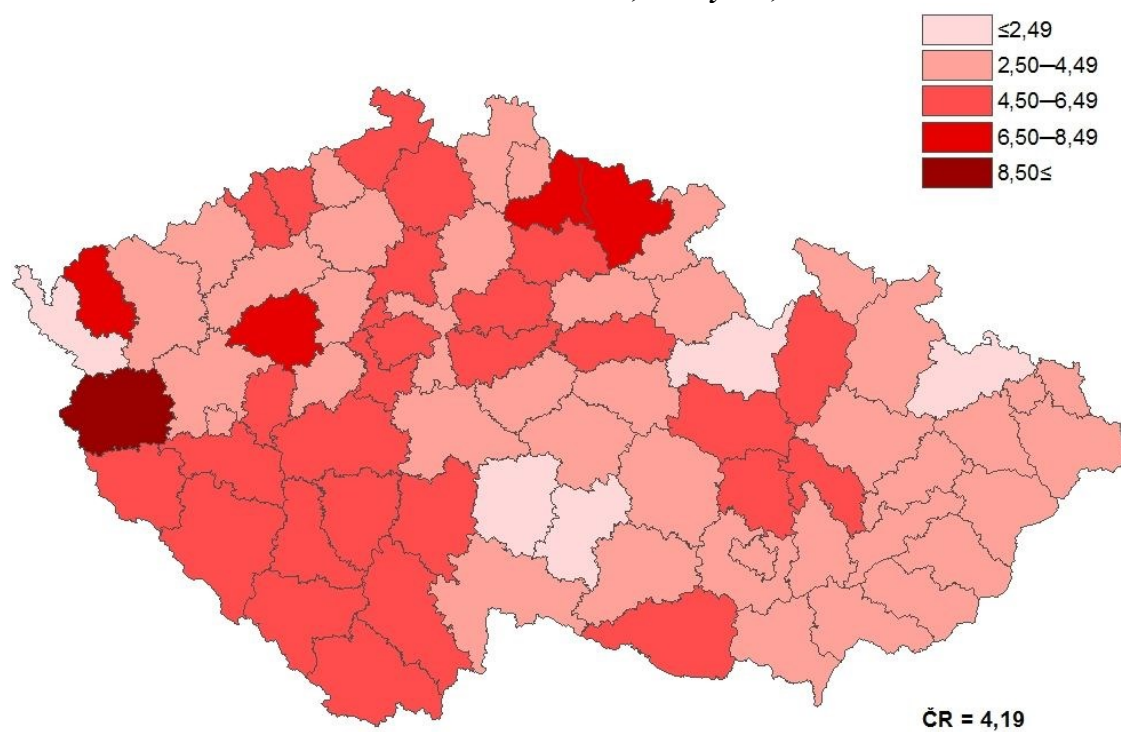
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

Vývoj intenzity sebevraždy pro období 2004–2008 se v porovnání s přecházejícími změnami vyznačoval ještě výraznější tendencí k regionálním kontrastům, především v rámci krajů nacházejících se v Čechách. V krajních kategoriích indexu změny (Obr. 20) bylo evidováno 46 okresů (15 s vysokými a 31 s nízkými hodnotami). Například v Jihočeském kraji se okresy v jeho západní polovině řadily k těm, kde intenzita sebevraždy narůstala (v okrese Prachatice byl nárůst téměř na dvojnásobek v okresech Český Krumlov, Strakonice a Písek byl evidován nárůst na 130 % původní hodnoty). Naopak ve východní polovině kraje se intenzita sebevraždy výrazně snížila, v okrese Tábor na hodnotu indexu změny 44,4 %, na Jindřichohradecku byl zaznamenán pokles na 72 %. Dalšími okresy s výrazně negativními změnami intenzity sebevraždy byly Litoměřice, Domažlice, Nymburk, Plzeň-sever, Rakovník (nad 150 % úroveň z předchozího pětiletí). Naproti tomu s pozitivním vývojem sebevraždy se lze setkat jak v moravských regionech, tak v Čechách, jmenovitě v okresech Praha-východ (s nejnižší hodnotou 27,8 %), Blansko, Bruntál, Kolín, Chomutov, Kladno, Klatovy, Frýdek-Místek, Brno-venkov (s hodnotou 48,9 %). Stejně jako u mužů se sebevražednost v období 2004–2008 celkově redukovala. V některých okresech docházelo k protichůdnému vývoji sebevraždy u žen a mužů, například v okrese Tábor a Ústí nad Labem (kde se intenzita sebevraždy vyvíjela příznivě pro ženy a negativně pro muže) nebo Trutnov a Český Krumlov (kde tomu bylo naopak). Totožné změny pro obě pohlaví, v případě výraznějšího snížení hodnot indexu změny standardizované míry sebevraždy, bylo možné najít v okresech Bruntál a Karlovy Vary. Podstatný pokles hodnot indexu změny u obou pohlaví bylo evidováno v okresech Nymburk a Jeseník (přičemž u žen bylo výraznější).

Mezi lety 2004–2008 a 2009–2013 došlo jen k minimálnímu poklesu hodnoty standardizované míry sebevraždy žen (Obr. 17 a 18). Více než dvojnásobný nárůst (vždy ale z méně než 3 sebevraždy na 100 000 obyvatel) byl zaznamenán v okresech Kolín, Tábor, Blansko, Sokolov a Plzeň-jih (Obr. 21). V dalších 16 okresech se index změny držel v kategorii nad 125 %. Výrazně nízké hodnoty indexu, vykazovaly okresy Ústí nad Orlicí, Cheb, Pelhřimov a Prachatice. V kategorii s nejpříznivějším vývojem (do 75 %) bylo evidováno dalších 14 okresů. Proti předchozím změnám mezi obdobími 1999–2003 a 2004–2008 se do krajních kategorií indexu zařadily ve větší míře i moravské okresy. V okresech Sokolov, Chomutov, Kladno, Klatovy, Plzeň-jih, Frýdek-Místek a Bruntál se intenzita sebevraždy, po výrazném poklesu v předcházejícím období, opět navýšila. Na druhou stranu v okresech Most, Litoměřice, Plzeň-sever, Prachatice, Strakonice, Břeclav a Jeseník se, po dřívějším výrazném nárůstu, naopak snižovala. Okresy Česká Lípa, Trutnov a Tábor zaznamenaly nárůst jak v tomto, tak v předcházejícím období, naproti tomu se sebevražednost v té době vyvíjela pozitivně v okrese Cheb. V porovnání indexu změny žen a mužů bylo zjištěno, že u okresů Bruntál, Pardubice, Chomutov, Praha-západ, Mělník, Česká Lípa a Trutnov docházelo u obou pohlaví k výraznému nárůstu intenzity sebevraždy (nad 125 % hodnoty předcházejícího období). Stejným způsobem byl zaznamenán pokles (pod 75 %) v okrese Louny. Žádný z okresů se však pro obě pohlaví neudržel ve stejné kategorii indexu změny. Celkově došlo sice v tomto posledním období v mnoha okresech ke zvýšení intenzity sebevraždy, ale tyto změny marginalizovalo její zlepšování v okresech s původně již vyšší intenzitou sebevraždy. Dalo by se hovořit o snižování rozdílů mezi okresy.

**Obr. 17: Standardizovaná míra sebevraždnosti žen, okresy ČR, 2004–2008**

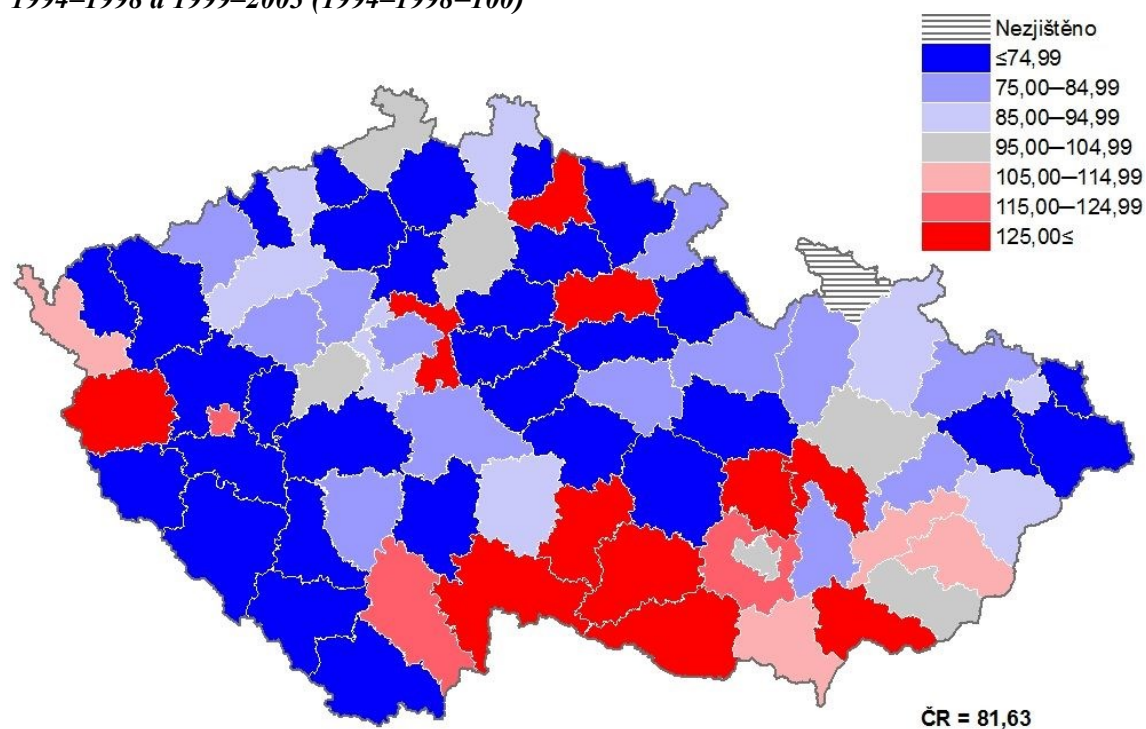
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 18: Standardizovaná míra sebevraždnosti žen, okresy ČR, 2009–2013**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

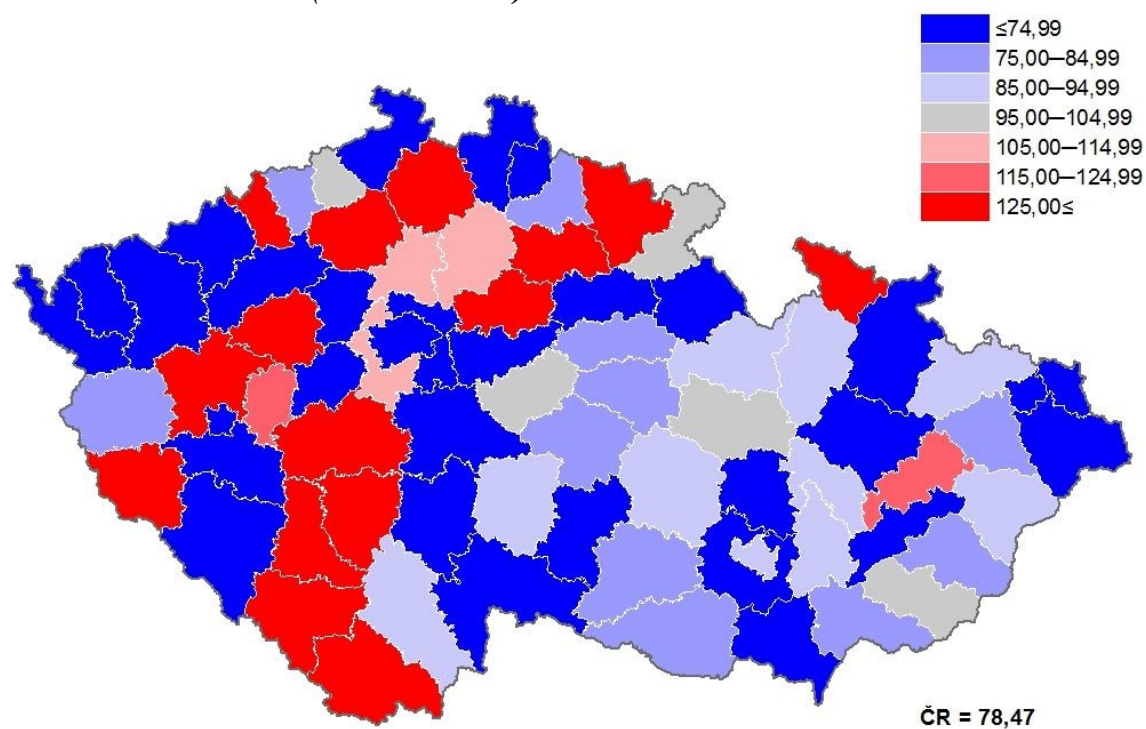


**Obr. 19:** Index změny standardizované míry sebevražednosti žen, okresy ČR, mezi obdobími 1994–1998 a 1999–2003 (1994–1998=100)



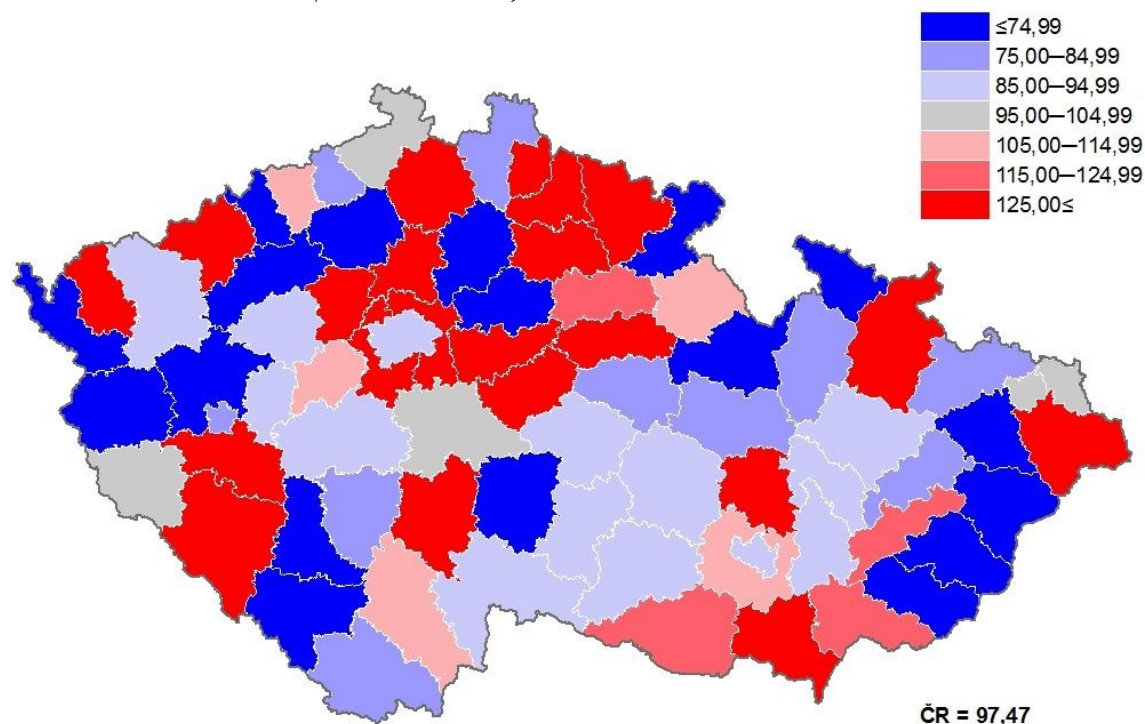
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 20:** Index změny standardizované míry sebevražednosti žen, okresy ČR, mezi obdobími 1999–2003 a 2004–2008 (1999–2003=100)



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 21: Index změny standardizované míry sebevraždnosti žen, okresy ČR, mezi obdobími 2004–2008 a 2009–2013 (2004–2008=100)**



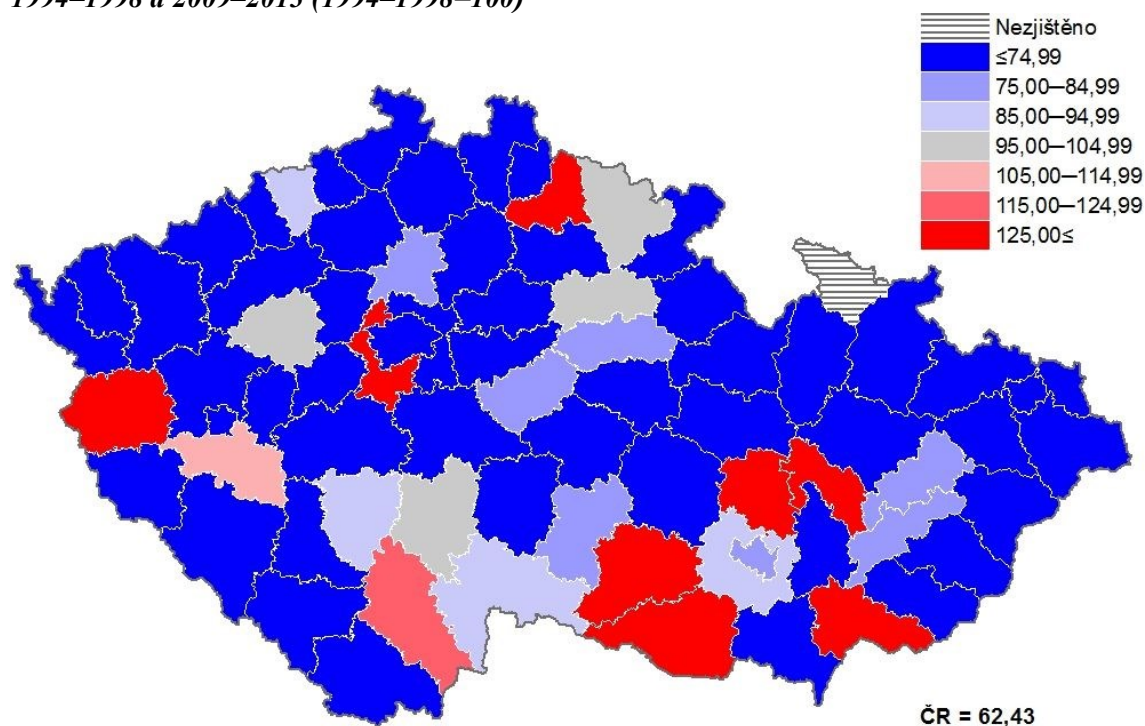
**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

Posledním uvedeným výstupem, zobrazujícím vývoj intenzity sebevraždnosti žen v této části práce, je porovnání pomocí indexu změny v období 1994–1998 a 2009–2013 (Obr. 22). Ten naznačuje významný pokles intenzity sebevraždnosti, zaznamenaný celkem v 63 okresech v porovnání s nárůstem ve zbylých 13, bez okresu Jeseník). V 7 okresech, situovaných převážně na Moravě, došlo, v porovnání s druhou polovinou 90. let, k podstatnému zhoršení sebevraždnosti. Index změny v okresech Blansko, Znojmo, Hodonín, Prostějov, Třebíč, Semily, Praha-západ a Tachov dosáhl vyšší úrovně než 125 % hodnoty z období 1994–1998. V okresech Rychnov nad Kněžnou a Cheb se intenzita sebevraždnosti snížila až pod 30 % původní hodnoty a v okresech Tábor, Rakovník, Hradec Králové a Trutnov nebyly evidovány téměř žádné změny mezi prvním a posledním sledovaným obdobím. V porovnání s muži si ženy vedly podstatně lépe. Největší kontrasty, ve smyslu růstu sebevraždnosti mužů a poklesu u žen, byly nalezeny v okresech Chomutov a Nymburk, recipročně se tak dělo v okrese Semily.

Pozitivní vývoj sebevraždnosti žen ve analyzovaném období lze z velké části vysvětlit chováním žen seniorek, u nichž byl zaznamenán nejvýraznější pokrok při poklesu intenzity sebevraždnosti. Stejným způsobem probíhal vývoj u mužů (viz Obr. 5 a 6). Důvody tohoto zlepšování situace popisuje Dzúrová a kol. (2002) a může se jednat například o dříve zmíněnou zlepšující se péči o obyvatelstvo, zejména osoby s duševním onemocněním a seniory nebo lepší dostupnost léků a psychologické a sociální péče. Yur'ev a kol. (2010) rovněž zdůrazňuje důležitost sociální inkluze seniorů, které je dosaženo například dalším zapojováním těchto obyvatel do ekonomické aktivity.

Co se týče vlivu vzniku okresu Jeseník, tak se dalo předpokládat, že bude kopírovat vývoj v sousedních okresech Bruntál a hlavně Šumperk, z jehož obcí převážně vznikl (z okresu Bruntál bylo novému okresu přiřazeno pouze město Zlaté Hory, tvořící cca 10 % populace nového okresu). Časem se ukázalo, že intenzita sebevraždnosti mužů se na území okresu zvýšila a převyšovala tak hodnoty sousedních okresů. U žen se nakonec v tomto regionu projevil pokles intenzity sebevraždného chování a hodnotou 4,1 sebevražd na 100 000 obyvatel se umístil lépe než okres Šumperk s hodnotou 5,1 (viz Příloha 1).

**Obr. 22: Index změny standardizované míry sebevraždnosti žen, okresy ČR, mezi obdobími 1994–1998 a 2009–2013 (1994–1998=100)**



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

## 6.2 Regionální diferenciace sebevraždnosti podle úrovně standardizované míry sebevraždnosti a dalších ukazatelů

V této části analýzy jsou popsány regionální rozdíly podle velikosti standardizované míry sebevraždnosti mužů a žen pro jednotlivé okresy, vztažené k celorepublikové hodnotě. Dále bylo provedeno vyhodnocení pořadí okresů, jednak podle velikosti této míry a rovněž podle hodnot indexu maskulinity sebevraždnosti. Jako poslední bylo zahrnuto porovnání okresů podle nejčastějšího způsobu provedení sebevražd, kterým je oběšení, (u)škrcení a (za)dušení.

Z hlediska intenzity standardizované míry sebevraždnosti mužů se regiony s nejvyššími hodnotami ukazatele pro období 1994–1998 nacházely v západních a severozápadních Čechách (viz Obr. 23), konkrétně se jednalo o okresy Sokolov, Tachov, Most a Rakovník, ve kterých se průměrný počet sebevražd na 100 000 obyvatel nesnížil pod 35). Nadprůměrné výsledky ale vykazovaly všechny okresy Karlovarského kraje, okres Svitavy, některé okresy Ústeckého kraje a kromě okresu Liberec se podobné hodnoty vyskytovaly i v Libereckém kraji. Na Moravě se nejméně příznivá úroveň sebevraždnosti vyskytovala v okresech Uherské Hradiště, Karviná,

Bruntál a Šumperk, kde neklesla pod hodnotu 31. Celorepublikovou hodnotu 25,5 sebevražd na 100 000 obyvatel nejvíce převyšoval okres Sokolov, vykazující hodnotu na 176,4 % celorepublikového stavu. Oblasti, pro které byla typická naopak velmi nízká sebevraždnost, se nacházely ve vnitrozemí, především na území kraje Vysočina a východních hranicích Středočeského kraje. Jedná se zejména o okresy Jihlava, Pelhřimov, Třebíč, Kolín, ale také Rokycany (viz Tab. 2 a 4), kde bylo zjištěno minimum 16,8, představující 66 % celostátní hodnoty.

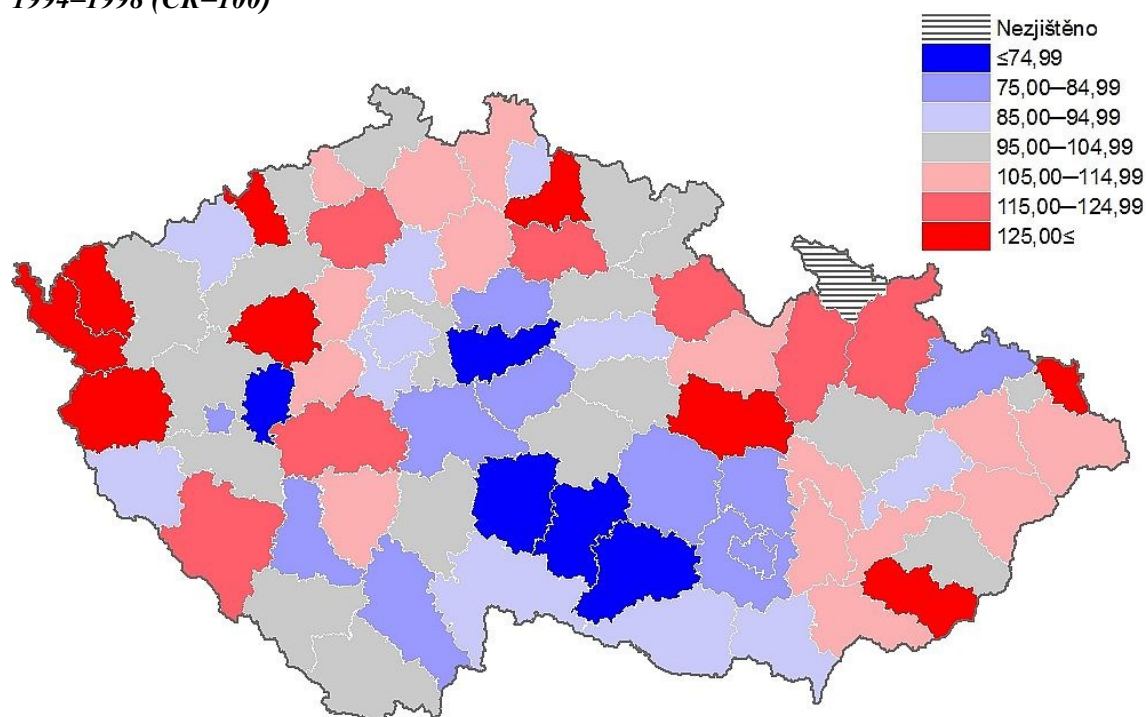
V období 1999–2003 se vysokými hodnotami standardizované míry sebevraždnosti mužů vyznačovaly západní Čechy, kde byla, kromě okresů Plzeň-jih a Rokycany, zjištěna nadprůměrná hodnota tohoto ukazatele (Obr. 24). Všechny okresy, které se zařadily do kategorie nejvíce převyšující celorepublikový stav, měly v tomto pětiletém období minimálně jednu společnou vlastnost, kterou je jejich poloha u hranic se sousedními státy. Jednalo se o 10 okresů, mezi kterými byly mimo jiné i okresy Tachov, Cheb, Most, Semily a Karviná, vyznačující se nadprůměrnou hodnotou standardizované míry sebevraždnosti mužů již v předcházejícím pětiletí. Její maximální hodnota byla naměřena v okrese Tachov a odpovídala více jak dvojnásobku celostátní úrovně, činící 24,9 sebevražd na 100 000 obyvatel. Příznivými výsledky se naopak těšila oblast vymezená okresy Kolín, Tábor, Brno-venkov a Svitavy, dále oblast severně od Prahy a některé další okresy. Nejnížší hodnota byla naměřena v okrese Tábor a odpovídala 38,8 % národní úrovně. Velmi nízkou intenzitu sebevraždnosti žen (pod 75 % celorepublikového stavu) si z předchozího období udržely pouze okresy Pelhřimov a Jihlava.

V dalším sledovaném období, 2004–2008, lze vypožorovat v Čechách zhoršení sebevraždnosti ve vnitrozemí, naopak na jižní Moravě se situace v mnoha okresech zlepšila (Obr. 25). Vysoká intenzita sebevraždnosti (nad 27,5 sebevražd na 100 000 obyvatel) se udržela v okresech Tachov (opět dosahujícího maxima se 185,7 % celonárodní úrovně, činící 22,1 sebevražd na 100 000 obyvatel), Vsetín a Karviná, nově se do krajní kategorie zařadily okresy Kladno, Jeseník, Děčín, Rakovník a Teplice. Na druhou stranu, výrazně podprůměrnou hodnotu 16,4 si udržel okres Tábor a nově se s ním do kategorie zařadily okresy Brno-město (s minimem odpovídajícím 68,1 % republikové úrovně) Rokycany, Brno-venkov a Třebíč. Pouze marginální změny proti předcházejícímu období a víceméně průměrná hodnota standardizované míry sebevraždnosti mužů byla evidována v okresech Sokolov, Chomutov, Praha-východ, Příbram, Ústí nad Orlicí, Nový Jičín, Blansko a Břeclav.

Období 2009–2013 se ve statistikách sebevraždnosti mužů projevilo méně příznivě než ostatní sledovaná pětiletí. Nadprůměrné hodnoty vůči celostátní, pohybující se na úrovni 22,9 sebevražd na 100 000 obyvatel, dosahovala většina pohraničních okresů situovaných v severní polovině země (viz Obr. 26). Okres Tachov se opět umístil na pozici regionu s nejhorším stavem sebevraždnosti. Ročně spáchalo v oblasti sebevraždy průměrně 40,1 mužů na 100 000 obyvatel, což odpovídá 178,2 % republikové hodnoty (viz Tab. 3). V kategorii nad 125 % se kromě Tachovska umístilo dalších 11 okresů, na druhé straně do kategorie do 75 % zařadily v pořadí od nejmenší hodnoty okresy Tábor (12,2 sebevražd na 100 000 obyvatel, představující 50,4 % republikové úrovně), Louny, Plzeň-město, Jindřichův Hradec a Jihlava (podrobněji v Tab. 5). Pouze okres Tábor si udržel výrazně podprůměrnou hodnotu standardizované míry sebevraždnosti mužů a to již od období 1999–2003. Silně nadprůměrné hodnoty setrvaly od předcházejícího pětiletí v okresech Tachov, Jeseník a Vsetín. V kategorii pohybující se okolo průměru se do tohoto období udrželo 8 okresů.

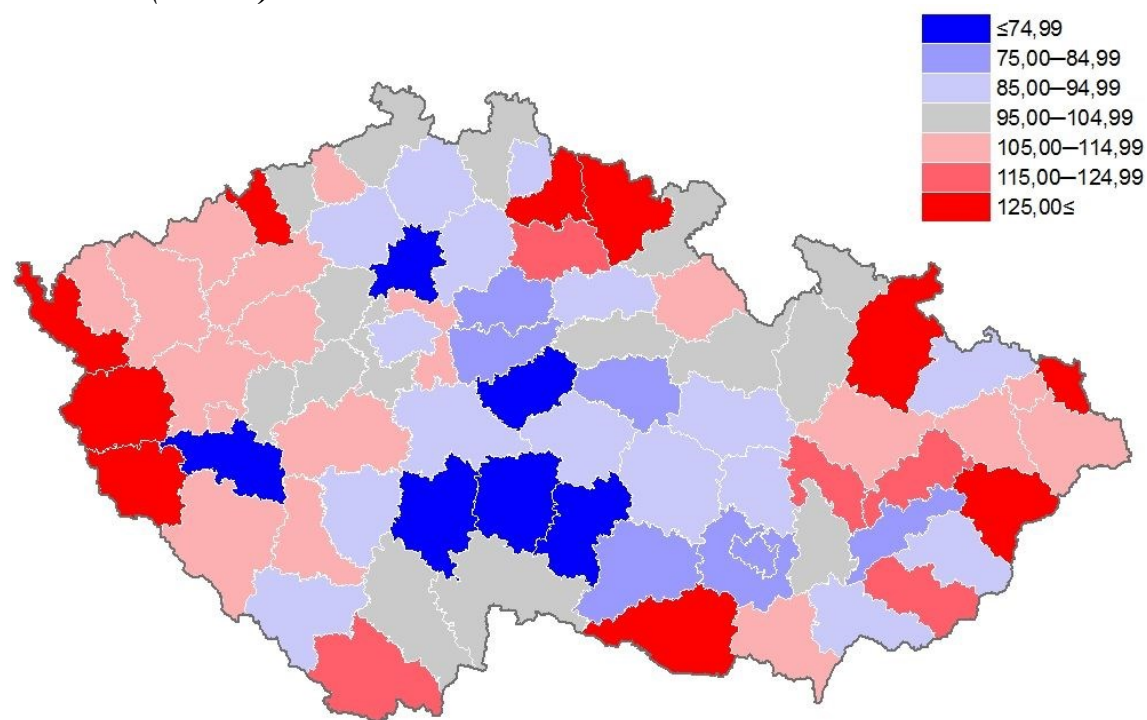


**Obr. 23:** Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždnosti mužů, okresy ČR, 1994–1998 (ČR=100)



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

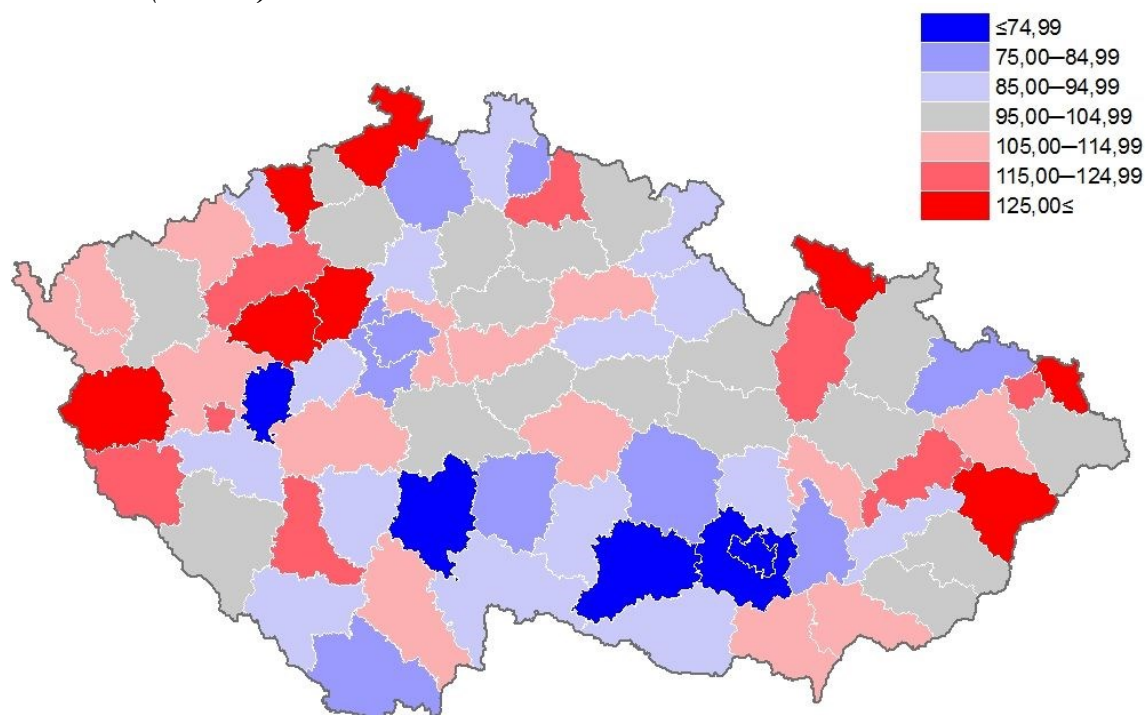
**Obr. 24:** Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždnosti mužů, okresy ČR, 1999–2003 (ČR=100)



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

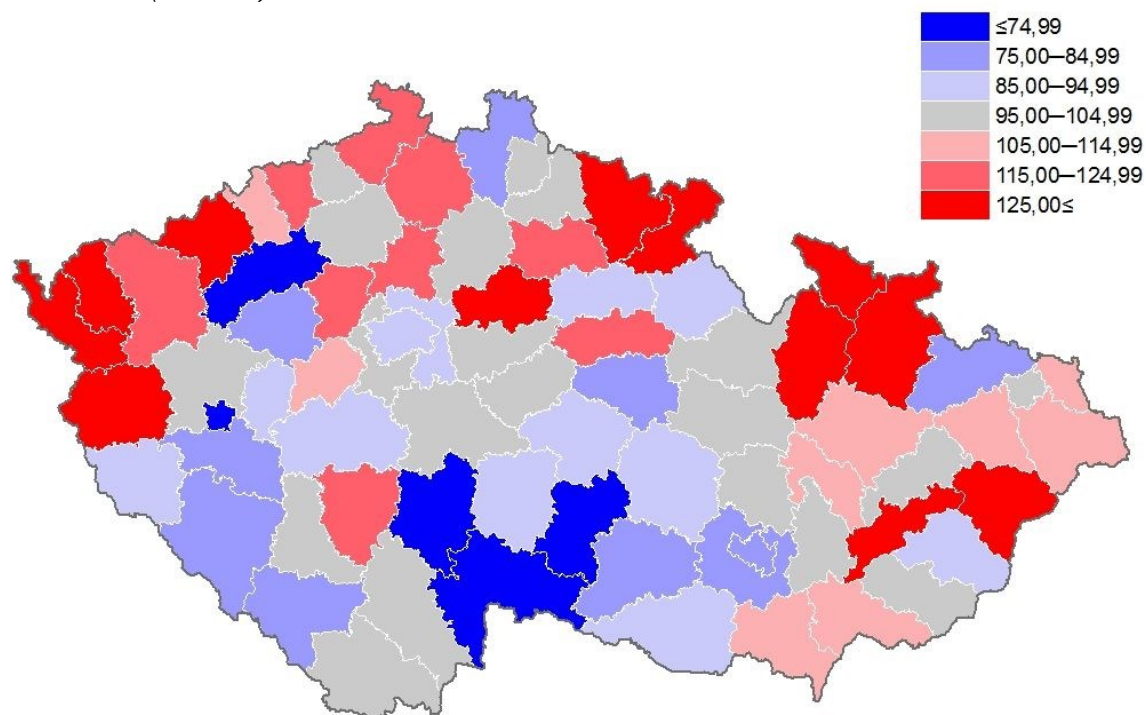


**Obr. 25: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, 2004–2008 (ČR=100)**



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 26: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždy mužů, okresy ČR, 2009–2013 (ČR=100)**



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

Díky menšímu počtu sebevražd žen se předpokládalo, že regionální diferenciace bude výraznější, což znázorňují následující obrázky 27 až 30. Hned v prvním sledovaném období se do krajních kategorií zařadila téměř polovina okresů (15 do nejvyšší a 19 do nejnižší). Mezi regiony s nadprůměrnou hodnotou standardizované míry sebevraždění žen patřila, kromě některých vnitrozemských okresů, většina okresů na hranicích s Německem. Celorepublikovou hodnotu 6,7 sebevražd na 100 000 obyvatel převyšoval se svým maximem okres Most s úrovní 175,3 % republikového stavu. Naopak pouhých 16,6 % této hodnoty vykazoval okres Blansko (podrobněji v Tab. 2 a 4). Kromě pěti okresů v severní polovině území se významnou oblastí s většinou silně podprůměrných hodnot ukazatele vyznačovala jižní Morava, východní část Jihočeského kraje a většina kraje Vysočina. Za povšimnutí stojí vysoká úroveň sebevraždění v Praze, proti nízké úrovni sebevraždění v Brně či Ostravě. Ve velkých městech se hodnoty zpravidla udržovaly kolem průměru. Po porovnání hodnot pro obě pohlaví byly nalezeny 3 okresy s velkou intenzitou sebevraždění (Sokolov, Most a Svitavy) a další 3 s výrazně nízkou (Pelhřimov, Jihlava, Třebíč). V okresech Most a Sokolov se tedy podle očekávání Dzúrové (2002) potvrdila vysoká intenzita sebevraždění, pravděpodobně umocněná vysokou mírou nezaměstnanosti a strukturálním postižením, způsobeným procesem transformace.

Do následujícího období 1999–2003 se promítlo zvětšení variačního koeficientu a variačního rozpětí (viz Tab. 1) tak, že v některých regionech došlo k prohloubení rozdílností mezi sousedícími okresy (například v Plzeňském a Libereckém kraji, viz Obr. 27 a 28). Na území Prahy, okresů Šumperk a Liberec se udržely vysoce nadprůměrné hodnoty, naopak nízká úroveň sebevraždění žen se dále vyskytovala v okresech Praha-západ a Kutná Hora. Maximální intenzitě sebevraždění dominoval okres Tachov, který s hodnotou 16,6 sebevražd na 100 000 obyvatel převyšoval hodnoty pro ženy v ostatních okresech více jak dvojnásobně, a také se stal jediným okresem, ve kterém se v celém sledovaném období vyskytla vyšší intenzita sebevraždění žen než v některých okresech s nejnižší intenzitou sebevraždění mužů (jednalo se o okresy Tábor, Mělník a Kutná Hora v období 1999–2003). Celorepublikový stav činící 5,5 sebevraždy na 100 000 obyvatel nepřekročilo 47 okresů, z nichž nejnižší sebevraždění žen byla zaznamenána v okresech Litoměřice a Kutná Hora, kde nedosahovala ani poloviny úrovně žen za Česko. V okresech Tachov, Cheb a Semily, situovaných na hranicích, byla naměřena nadprůměrná intenzita sebevraždění žen i mužů. Na druhé straně byla v okresech Mělník, Plzeň-jih, Tábor a Kutná Hora evidována velmi podprůměrná intenzita sebevraždění u obou pohlaví. Jen s minimálními rozdíly byly zjištěny průměrné hodnoty v okresech Kladno, Beroun, České Budějovice a Jeseník. Velmi kontrastní vývoj podle pohlaví probíhal v okresech Domažlice a Trutnov, projevující se nízkou úrovní sebevraždění mužů a vysokou sebevraždění žen.

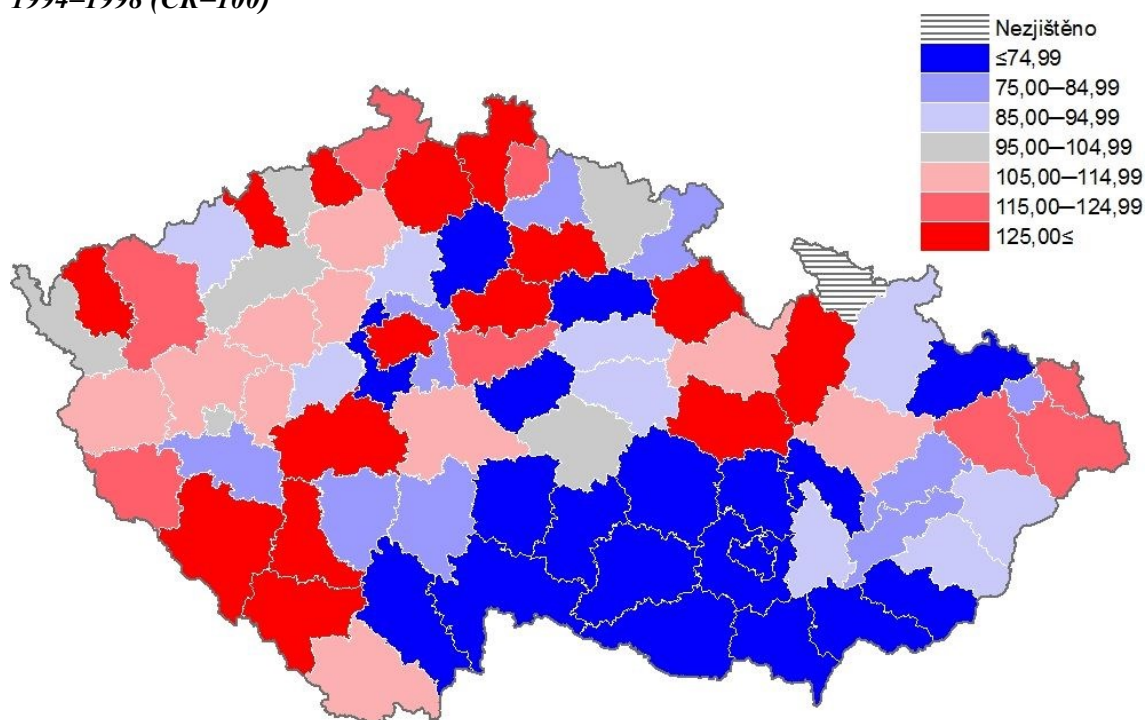
Tendence prohlubování regionální diferenciace se nejvýrazněji projevila v období 2004–2008. V některých oblastech se vytvořily shluky okresů s vysokou nebo naopak nízkou intenzitou sebevraždění (Obr. 29). Výrazné regionální rozdíly se projevíly jak v Čechách, tak na Moravě. Hodnota standardizované míry sebevraždění žen za Česko klesla na 4,3 sebevražd na 100 000 obyvatel. Nejvyšší hodnota byla zjištěna v okrese Tachov, vysoké hodnoty byly dále naměřeny v západní polovině Jihočeského kraje (okresy Český

Krumlov, Prachatic, Strakonice, Písek), u hranic Pardubického a Olomouckého kraje (okresy Šumperk, Ústí nad Orlicí, Svitavy, Prostějov) a v dalších regionech v západních a severních Čechách. Jedny z nejnižších intenzit sebevražd se vyskytovaly tam, kde alespoň jeden sousední okres vykazoval vysoce nadprůměrnou hodnotu této intenzity. Jedná se o okresy Blansko, Tábor, Chomutov, Praha-východ a další. Pouhých 30,8 % celorepublikového stavu, představující minimum v tomto období, bylo evidováno v okrese Kolín. Dalšími oblastmi s nízkou úrovní sebevražd byly okresy kraje Vysočina, Moravskoslezského, Jihomoravského a Karlovarského kraje. Výrazně nadprůměrná hodnota standardizované míry sebevražd žen se v tomto i předchozím pětiletí udržela v okresech Tachov, Děčín, Semily, Šumperk a Prostějov. Stejně to platí i po okresy Sokolov, Plzeň-jih, Tábor, Jablonec nad Nisou, Kolín, Kutná Hora, Havlíčkův Brod, Žďár nad Sázavou a Opava, které si naopak udržely silně podprůměrné hodnoty. Při porovnání výše zmíněných okresů s údaji za muže lze vypočítat stejné okresy, držící se vysoko nad průměrnou celostátní hodnotou u žen i u mužů. Pro opačnou kategorii s nízkou intenzitou sebevražd to platí pouze pro okres Tábor. Kromě toho se okresy Ústí nad Labem, Jičín a Olomouc vyznačovaly hodnotami blízko průměru pro obě pohlaví.

V letech 2009–2013 se projevila rozdílnost mezi zlepšující se sebevraždami žen na Moravě a zhoršující se situací v okresech, nacházejících se v Čechách (Obr. 30). Do krajních kategorií (představujících více jak 125 % či méně jak 75 % celkové úrovně za Česko) se zařadilo celkem 33 okresů. Celorepubliková hodnota standardizované míry sebevražd žen činila 4,2 sebevražd na 100 000 obyvatel. Maximum bylo opět naměřeno v okrese Tachov s 230,1 % celorepublikové úrovně. Vysoké hodnoty vykazovaly také okresy Rakovník, Semily, Sokolov, Trutnov a další (viz Tab. 3). Naproti tomu minima bylo dosaženo v okrese Pelhřimov, představující 45 % celorepublikové hodnoty. Regiony kraje Vysočina, Moravskoslezského kraje, okres Karlovy Vary a některé sousedící okresy vystoupily z analýzy jako území s nejnižší intenzitou sebevražd v tomto období (konkrétněji v Tab. 5). Již od předchozího období se v okresech Strakonice, Tachov, Rakovník, Teplice, Děčín, Semily a Prostějov nadále vyskytovala nadprůměrná intenzita sebevražd, naopak i nadále podprůměrné hodnoty byly evidovány v okresech Rychnov nad Kněžnou, Havlíčkův Brod, Jihlava, Žďár nad Sázavou, Břeclav, Opava a Karviná. Společně s údaji za muže se vysoká sebevraždost žen vyskytovala v okresech Tachov, Sokolov a Trutnov, nízká v okresech Jihlava a Louny (viz Tab. 3 a 5).

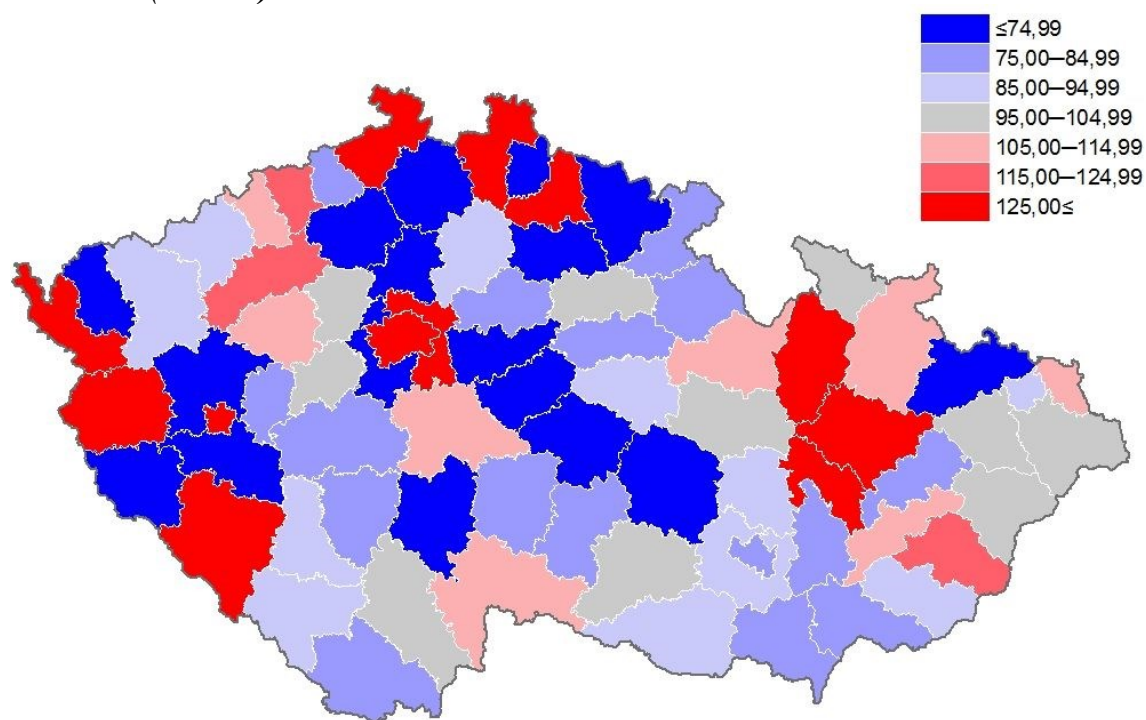
Za všechna sledovaná období lze shrnout, že relativně nejpříznivější oblastí z hlediska sebevražd bylo pro obě pohlaví území kraje Vysočina a Jindřichohradecko. U žen se dále pozitivně vyvíjel stav v okresech na hranicích se Slovenskem a v těch, které patří do Moravskoslezského kraje. Naproti tomu bylo z výsledků evidentní zhoršení situace v Jihočeském a Plzeňském kraji. U mužů se časem projevila vysoká intenzita sebevražd především v pohraničí, v okresech nacházejících se severně od linie Tachov-Vsetín.

**Obr. 27: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždnosti žen, okresy ČR, 1994–1998 (ČR=100)**



**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

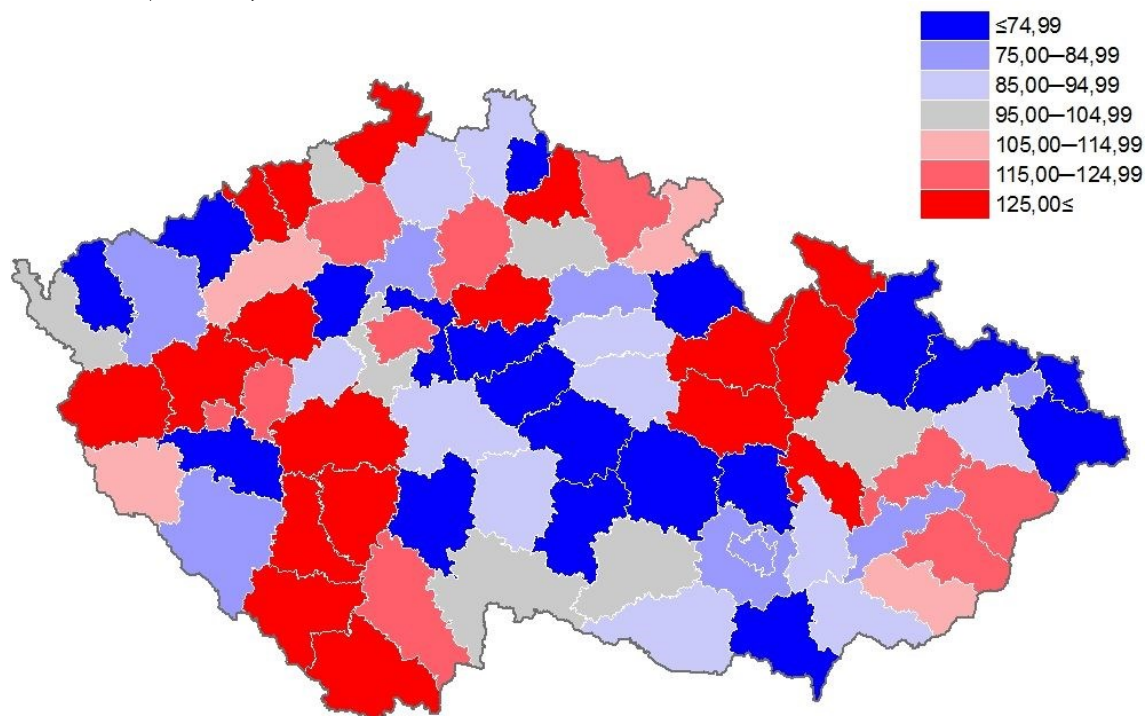
**Obr. 28: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevraždnosti žen, okresy ČR, 1999–2003 (ČR=100)**



**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

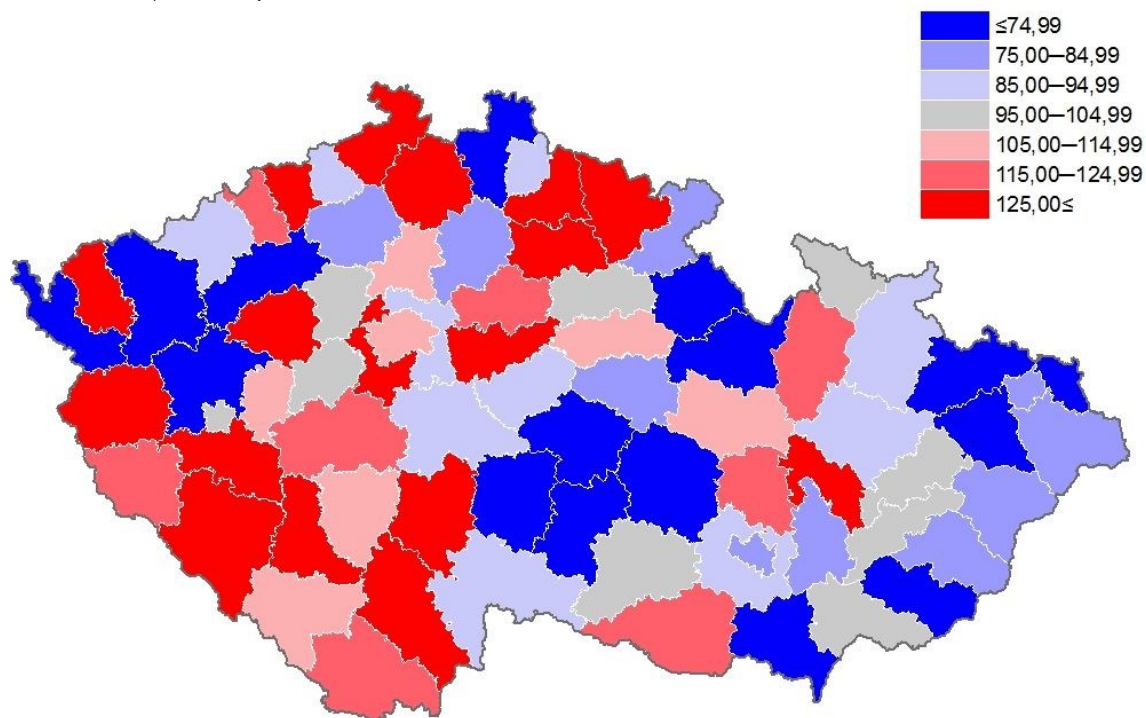


**Obr. 29: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevražednosti žen, okresy ČR, 2004–2008 (ČR=100)**



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 30: Regionální rozdíly v úrovni standardizované míry sebevražednosti žen, okresy ČR, 2009–2013 (ČR=100)**



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

V tabulkách 2 až 5 je ještě, pro doplnění a potvrzení výše napsaných tvrzení, uveden výčet 10 okresů s nejvyšší a nejnižší intenzitou sebevraždnosti v prvním a posledním sledovaném období, odděleně pro obě pohlaví. Z údajů si můžeme udělat představu například o tom, jak extrémní hodnoty byly nalezeny v okrese Tachov, u kterého se při sebevraždnosti mužů stagnující na vysoké úrovni mezi prvním a posledním obdobím navíc prudce zvýšila sebevraždnost žen, což ve výsledné statistice učinilo okres z hlediska sebevraždnosti nejhorším pro obě pohlaví. Tuto situaci patrně podporuje fakt, že Tachovsko je populačně poměrně malé a proto je možné vysvětlit si stav sebevraždnosti především u žen výraznými náhodnými výkyvy.

**Tab. 2: Okresy ČR s nejvyšší intenzitou sebevraždnosti, 1994–1998**

Muži	Sms	Ženy	sms
Sokolov	45,0	Most	11,8
Tachov	39,9	Ústí nad Labem	10,8
Most	36,1	Klatovy	10,2
Rakovník	35,5	Jičín	9,7
Svitavy	34,0	Rychnov nad Kněžnou	9,5
Cheb	33,5	Sokolov	9,5
Semily	33,4	Prachatice	9,4
Uherské Hradiště	32,6	Nymburk	9,4
Karviná	32,6	Šumperk	9,2
Bruntál	31,8	Příbram	9,1

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

**Tab. 3: Okresy ČR s nejvyšší intenzitou sebevraždnosti, 2009–2013**

Muži	Sms	Ženy	sms
Tachov	40,9	Tachov	9,6
Jeseník	35,7	Rakovník	7,7
Bruntál	34,9	Semily	7,6
Chomutov	31,3	Sokolov	7,0
Šumperk	31,3	Trutnov	6,9
Vsetín	31,0	Prostějov	6,3
Náchod	30,1	Česká Lípa	6,3
Trutnov	29,7	Jičín	6,2
Sokolov	29,5	České Budějovice	6,0
Cheb	29,2	Teplice	5,9

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

**Tab. 4: Okresy ČR s nejnižší intenzitou sebevraždnosti, 1994–1998**

Muži	Sms	Ženy	sms
Rokycany	16,83	Blansko	1,12
Jihlava	17,18	Třebíč	2,88
Pelhřimov	17,62	Hodonín	3,01
Třebíč	18,11	Znojmo	3,11
Kolín	18,59	Jihlava	3,15
Brno-venkov	19,26	Opava	3,90
Blansko	19,32	Praha-západ	4,03
Plzeň-město	19,45	Brno-venkov	4,07
Opava	19,87	Hradec Králové	4,12
Benešov	19,88	Brno-město	4,15

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty**Tab. 5: Okresy ČR s nejnižší intenzitou sebevraždnosti, 2009–2013**

Muži	Sms	Ženy	sms
Tábor	12,2	Pelhřimov	1,9
Louny	14,8	Cheb	2,0
Plzeň-město	15,3	Opava	2,1
Jindřichův Hradec	15,8	Jihlava	2,4
Jihlava	17,0	Ústí nad Orlicí	2,4
Brno-venkov	17,4	Havlíčkův Brod	2,7
Rakovník	17,5	Nový Jičín	2,7
Liberec	17,5	Rychnov nad Kněžnou	2,8
Klatovy	17,6	Uherské Hradiště	2,8
Třebíč	17,9	Žďár nad Sázavou	2,8

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

Jedním z dalších analyzovaných jevů byla proměna pořadí okresů, podle velikosti standardizované míry sebevraždnosti, odděleně za muže a ženy. Pro tyto účely byl vypočítán Spearmanův koeficient pořadové korelace (viz Tab. 6). Nulová hypotéza tvrdí, že pořadí okresů se, podle velikosti standardizované míry sebevraždnosti, mezi jednotlivými obdobími nemění. Hypotézu jsme pro muže zamítli podle p-hodnot na 5% hladině významnosti. Lze tedy tvrdit, že se pořadí okresů měnilo. U mužů byla nalezená korelace kladná, ale většinou poměrně slabá. U žen nebyla polovina výsledků signifikantní na 5% hladině významnosti. Nalezené korelace byly ještě slabší než u mužů. Zpravidla vycházely vyšší koeficienty korelace mezi sousedními obdobími.

**Tab. 6: Změny pořadí okresů ČR podle úrovně standardizované míry sebevraždnosti v období 1994–2013, vyjádřené pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace**

Muži				
Období	1994–1998	1999–2003	2004–2008	2009–2013
1994–1998	1	..	..	..
1999–2003	0,50	1	..	..
2004–2008	0,33	0,51	1	..
2009–2013	0,35	0,32	0,33	1
Ženy				
Období	1994–1998	1993–2003	2004–2008	2009–2013
1994–1998	1	..	..	..
1999–2003	0,11	1	..	..
2004–2008	0,25	0,30	1	..
2009–2013	0,20	0,05	0,30	1

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

Další ukazatel, vhodný pro regionální porovnání, je index maskulinity sebevraždnosti. V následujících tabulkách je výčet 10 okresů s nejvyšším a nejnižším indexem maskulinity sebevraždnosti v prvním a posledním sledovaném období (Tab. 7 a 8). U okresů s vysokým indexem maskulinity sebevraždnosti (viz Tab. 7) se do první desítky v posledním sledovaném období dostaly zcela jiné okresy, než byly v prvním. Extrémně vysoké hodnoty u Blanska v období 1994–1998 a u Chebu v období 2009–2013 jsou dány především nízkou četností dokonaných sebevražd žen v těchto okresech v daném období. Právě na Blanensku nastal největší pokrok ve snižování hodnoty indexu (z 17,3 na 4,6) a v okrese Cheb naopak nejvyšší nárůst (z 5 na 14,5). V období 1994–1998 dominuje vysokým hodnotám jižní Morava, kromě Brna. Rozmístění v poslední pětiletce našeho sledovaného období je značně chaotické. Karlovarsko, společně s linií okresů Opava-Nový Jičín-Vsetín, byly většími oblastmi s výskytem podobných úrovní indexu maskulinity sebevraždnosti. V okrese Pelhřimov se snižovala průměrná míra sebevraždnosti u mužů i u žen, ale intenzivnější pokles u žen se projevil ve zvýšení hodnoty indexu na druhou nejvyšší. Dá se též konstatovat, že kromě Pelhřimova a Nového Jičína jsou všechny okresy s vysokou intenzitou sebevraždnosti z posledního období v pohraničí. Zajímavý je okres Semily, který rovněž prošel jednou z největších proměn ze všech okresů. V období 1994–1998 byl ještě 8. v pořadí okresů s nejvyšší hodnotou indexu maskulinity sebevraždnosti a v posledním sledovaném období 2009–2013 se umístil jako okres s třetí nejnižší hodnotou tohoto indexu. Důvodem této proměny je jak snižující se četnost sebevražd u mužů tak mírný nárůst počtu sebevražd u žen. Všechny okresy s nejnižším poměrem sebevraždnosti mužů a žen byly na začátku období v Čechách, nejvýchodněji je zastupovaly okresy Nymburk, Kolín a Jablonec nad Nisou. V období 2009–2013 se pořadí podle indexu změnilo. V oblasti jižních Čech (Prachatice, Strakonice, Plzeň-město), se nicméně stále držel na nízké úrovni.



**Tab. 7: Okresy ČR s nejvyšším indexem maskulinity sebevraždy, 1994–1998 a 2009–2013**

1994–1998		2009–2013	
Okres	I <sub>m</sub>	Okres	I <sub>m</sub>
Blansko	17,3	Cheb	14,5
Hodonín	9,3	Pelhřimov	10,9
Znojmo	7,4	Ústí nad Orlicí	9,8
Uherské Hradiště	6,7	Bruntál	9,6
Prostějov	6,3	Vsetín	9,4
Třebíč	6,3	Nový Jičín	8,9
Hradec Králové	6,0	Opava	8,8
Semily	6,0	Karlovy Vary	8,7
Praha-západ	5,6	Náchod	8,7
Mladá Boleslav	5,5	Jeseník	8,7

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty**Tab. 8: Okresy ČR s nejnižším indexem maskulinity sebevraždy, 1994–1998 a 2009–2013**

1994–1998		2009–2013	
Okres	I <sub>m</sub>	Okres	I <sub>m</sub>
Nymburk	2,1	Tábor	2,2
Strakonice	2,3	Rakovník	2,3
Kolín	2,3	Semily	3,0
Rokycany	2,4	Klatovy	3,1
Ústí nad Labem	2,5	Plzeň-jih	3,2
Prachatice	2,6	České Budějovice	3,7
Praha	2,6	Plzeň-město	3,8
Benešov	2,7	Prostějov	3,9
Jablonec nad Nisou	2,8	Strakonice	3,9
Domažlice	2,9	Prachatice	4,0

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

Z výčtu prvních a posledních deseti okresů podle hodnoty indexu maskulinity sebevraždy je patrné, že se pořadí mezi okresy v prvním a posledním období poměrně výrazně proměnilo. K otestování existence korelace pořadí indexu v jednotlivých obdobích byl rovněž zvolen Spearmanův koeficient pořadové korelace (viz. Tab. 9). Nulová hypotéza u tohoto výpočtu říká, že mezi jednotlivými obdobími se pořadí okresů podle indexu maskulinity sebevraždy neměnilo. Nulovou hypotézu jsme na základě p-hodnoty na 5% hladině významnosti zamítli pouze mezi obdobími 2004–2008 a 2009–2013. U této korelace existuje pouze slabá kladná asociace.

**Tab. 9: Změny pořadí okresů ČR podle úrovně indexu maskulinity sebevražednosti v období 1994–2013, vyjádřené pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace**

Období	1994–1998	1999–2003	2004–2008	2009–2013
1994–1998	1	..	..	..
1999–2003	–0,08	1	..	..
2004–2008	0,12	0,08	1	..
2009–2013	0,10	0,13	0,28	1

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

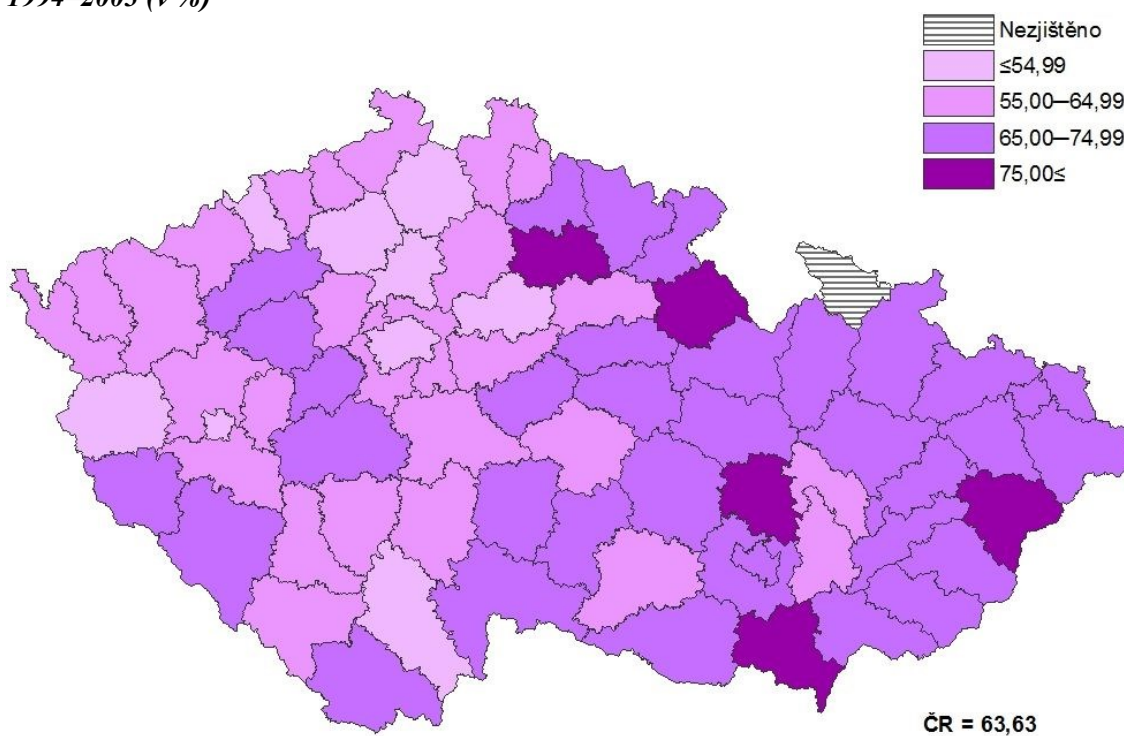
Poslední skupinou výstupů je analýza regionálních rozdílů podle podílu sebevraždy metodou oběšení, (u)škrcení a (za)dušení, která byla pro vysoké riziko náhodných výkyvů provedena ve dvou desetiletých obdobích, odděleně podle pohlaví. V prvním období v rozmezí let 1994–2003 byla u mužů patrná zvýšená preference metody především na Moravě (viz Obr. 31). Nejvyšší podíl oběšených, (u)škrcených a (za)dušených se nacházel v okrese Vsetín, kde tuto metodou zvolilo přes 80 % mužů, kteří spáchali sebevraždu. Další v pořadí se umístily okresy Blansko, Břeclav, Rychnov nad Kněžnou a Jičín. Naopak nejnižších podílů byly zaznamenány v Praze (47,6 %) a v okresech Mělník a Tachov, kde podíl nepřesáhl 50 %.

Ve druhém sledovaném desetiletí došlo k celkovému nárůstu podílu oběšených, (u)škrcených a (za)dušených (z 63,6 na 66,5 %), lokálně se výrazně projevilo zvýšení podílu v Moravskoslezském kraji a okrese Uherské Hradiště a Kroměříž (viz Obr. 32). Nejvyšší podíl byl zaznamenán v okrese Nový Jičín (82,2 %), dále v okresech Bruntál, Opava, Jeseník, kde se pohyboval nad hladinou 75 %. Naopak nejmenší podíly vykazovala velká města v Čechách zastoupená Prahou a Plzní. Nejnižší hodnota byla zaznamenána v okrese Pelhřimov a byla rovna 50 %. Index změny prokázal u většiny okresů nárůst podílu úmyslných poškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením. Nejvýraznější pokles zaznamenaly okresy Pelhřimov a Benešov, zato v okresech Nymburk, Mělník a Česká Lípa byl zjištěn největší nárůst.

Stejným způsobem byla provedena analýza za ženy a výsledky byly v porovnání s muži odlišné. Celkově se podíl metody oběšením, (u)škrcením a (za)dušením pohyboval svými hodnotami na nižší úrovni než u mužů (Obr. 33). V prvním desetiletí se projevil nízký podíl v Praze, okresech Plzeň-město, Tábor a v okresech na severozápadě Čech. V okresech Litoměřice, Praha a Ústí nad Labem a Chomutov se jejich podíl pohyboval pod úrovní 30 %, avšak ve více než polovině okresů přesahoval 50% hranici. Extrémně vysoký podíl, srovnatelný s maximem u mužů, vykazoval okres Semily (82,7 %).

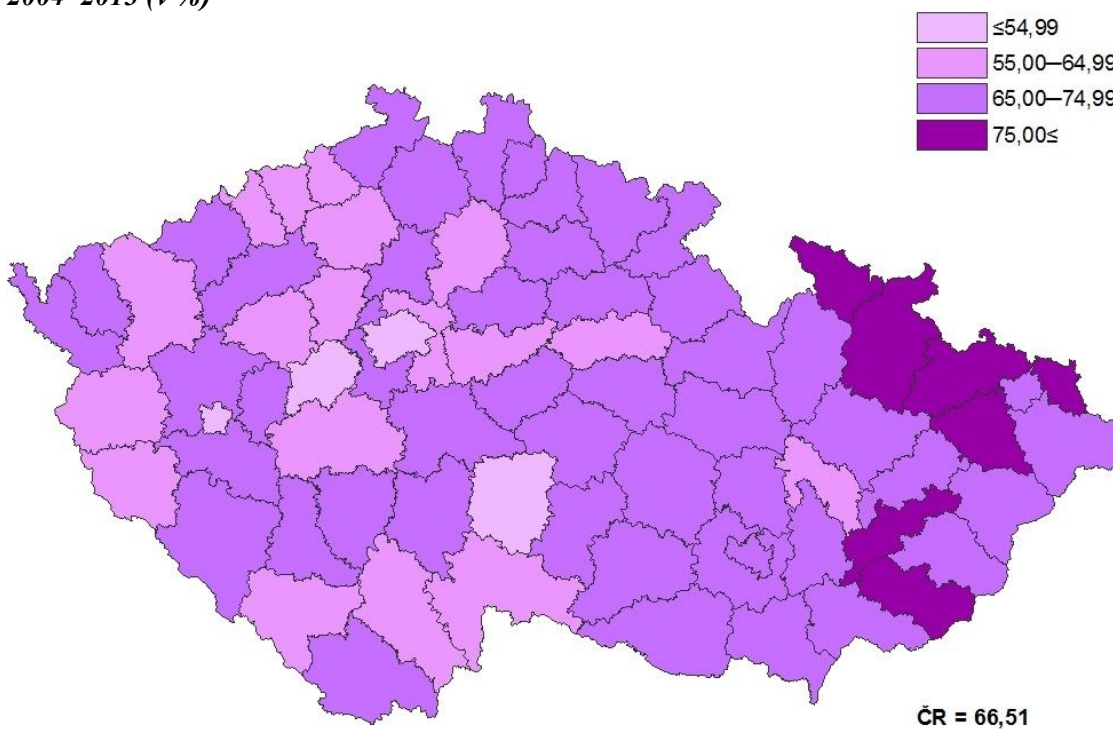
Druhé sledované období vykazovalo poměrně neměnnou strukturu ukazatele podílu oběšených, (u)škrcených a (za)dušených žen na celkovém podílu sebevražed v západní polovině Čech a nejvíce se projevil změny v rozložení tohoto podílu na Moravě (viz Obr. 34), kde okres Bruntál vykázal nejvyšší výsledovaný podíl, a to 83,3 %, podobně vysoký podíl byl zaznamenán v okrese Chrudim a více než 70 % vykazovaly i okresy Vyškov a Jeseník. Okresy Bruntál a Vyškov vykazovaly v porovnání obou období nejvyšší, téměř dvojnásobný nárůst v kontrastu s vývojem v okresech Pardubice, Břeclav, Trutnov a Znojmo, kde se podíly snížily přibližně na polovinu. U mužů se časem zvyšoval podíl metody zastřelení a skok z výšky, který se stával stále častějším i u žen. Tyto metody jsou častější v těch okresech, kde je podíl oběšených menší. Z obrázků je u obou pohlaví zřejmý větší podíl v okresech, které přiléhají k hranicím s Polskem, zejména ve druhém desetiletí u mužů v Olomouckém a Moravskoslezském kraji (Jeseník, Bruntál, Opava a Karviná).

**Obr. 31:** Podíl sebevražd mužů spáchaných oběšením, (u)škrcením a (za)dušením, okresy ČR, 1994–2003 (v %)



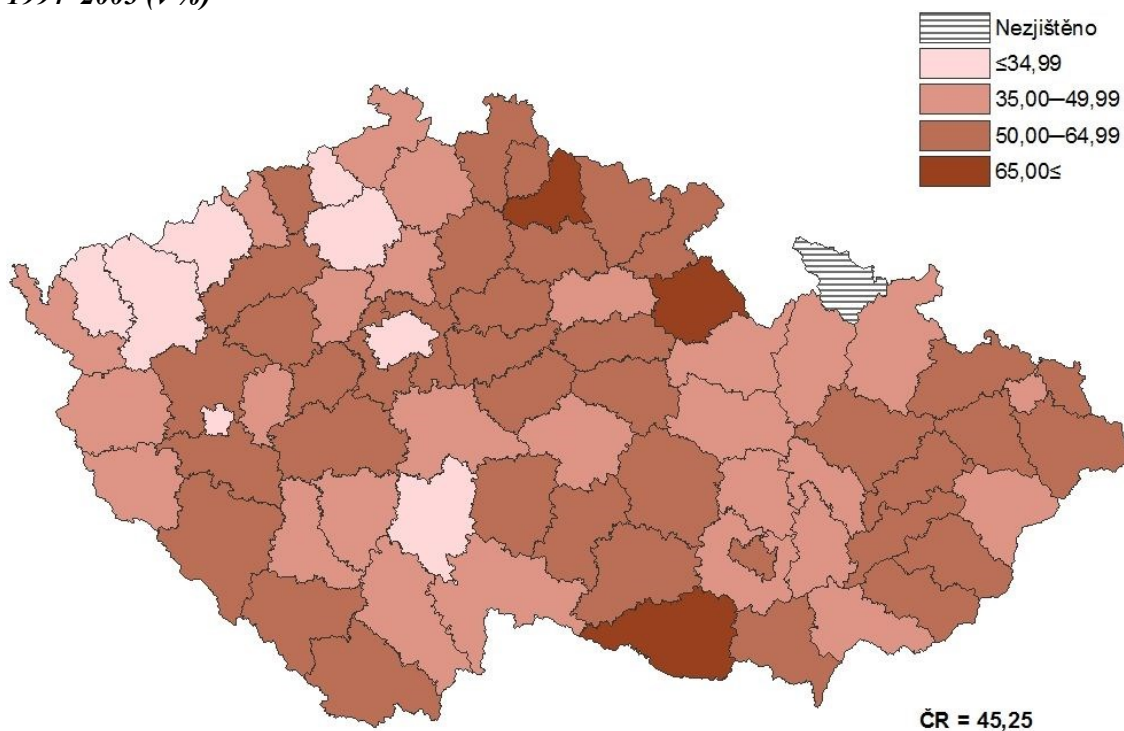
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 32:** Podíl sebevražd mužů spáchaných oběšením, (u)škrcením a (za)dušením, okresy ČR, 2004–2013 (v %)



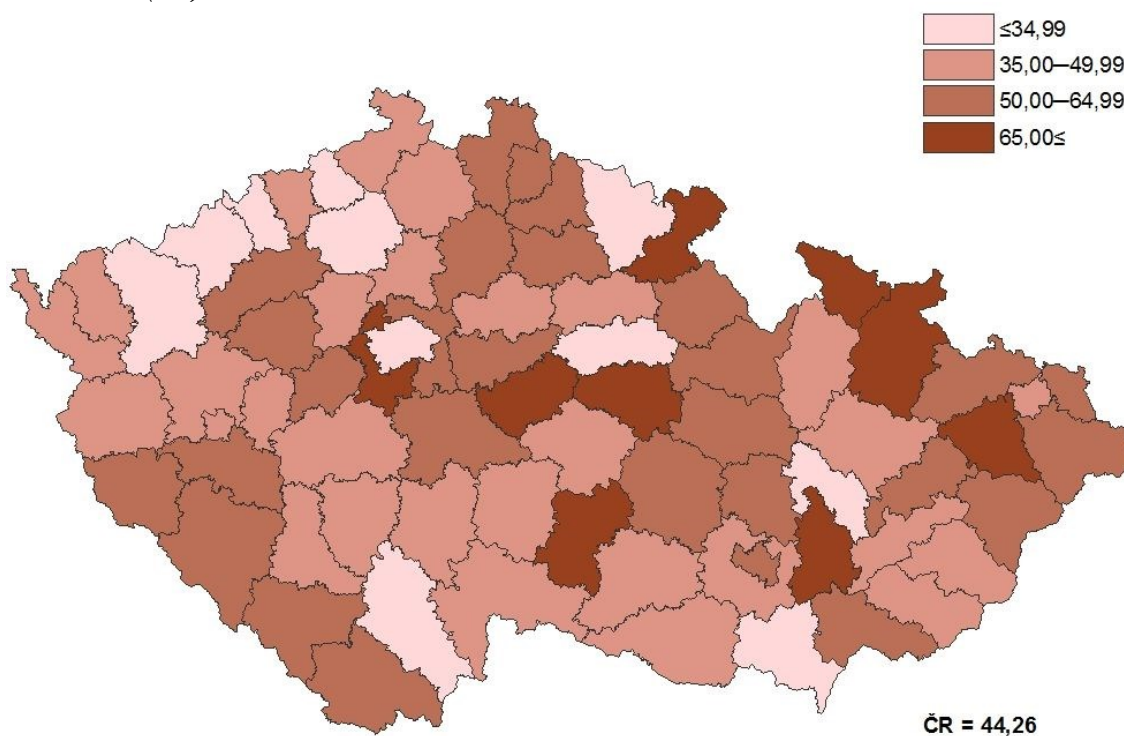
Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 33:** Podíl sebevražd žen spáchaných oběšením, (u)škrcením a (za)dušením, okresy ČR, 1994–2003 (v %)



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Obr. 34:** Podíl sebevražd žen spáchaných oběšením, (u)škrcením a (za)dušením, okresy ČR, 2004–2003 (v%)



Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

## Kapitola 7

### Závěr

Sebevražednost je poměrně rozšířená specifická forma úmrtnosti a představuje jeden z významných problémů současné doby. V druhé polovině 20. století docházelo na území Česka ke snižování intenzity sebevražednosti, zejména pak v 90. letech u žen, což si lze podle Dzúrové a kol. (2002) spojovat se zlepšováním péče o obyvatelstvo, především pak v oblasti služeb zajišťujících zlepšování zdravotního stavu tělesného i duševního. Důležitou roli může také hrát sociální inkluze seniorů, kterou popisuje Yur'yev a kol. (2010).

V důsledku rychlého snižování intenzity sebevražednosti žen ve starších věkových skupinách v období 1994–2013 významně narůstal index maskulinity sebevražednosti, přestože standardizovaná míra sebevražednosti za Česko pozvolna klesala i u mužů až do posledního sledovaného období, kdy došlo k mírnému nárůstu. Otázkou zůstává, zda vývoj v analyzovaném období neznamená konec dlouhodobého snižování intenzity sebevražednosti, nebo jen jeho stagnaci v důsledku stále obtížnějšího nalezení dalších protektivních faktorů zamezujících sebevražednému chování.

Za jeden z významných protektivních faktorů sebevražednosti považují Masaryk (2002), Růžička (1968) i Dzúrová a kol. (2002) manželství, ať už z důvodů vzájemné péče o partnera nebo relativně selektivnímu charakteru osob uzavírajících sňatek. Naproti tomu jsou výrazně rizikovou skupinou ovdovělí. Dzúrová a kol. (2006) rovněž našla v jednotlivých okresech spojitost nepřímo úměrného charakteru závislosti mezi úrovní sebevražednosti a podílem osob, které dosáhly pouze základního vzdělání. Větší riziko spáchání dokonané sebevraždy mají tradičně muži, neboť narozdíl od žen volí podle Aleše (1992) metody s vyšším rizikem letality, zastoupenou například rostoucím podílem použití střelné zbraně, čímž je u nich potlačen demonstrativní charakter takového jednání, projevující se častěji při sebevražedných pokusech žen. Masaryk (2002) rovněž zdůrazňuje protektivní roli náboženství a jako rizikový faktor vnímá nedostatečné morální vzdělání.

Ať se jedná o jakoukoli formu dokonané sebevraždy, samotnému aktu vždy předchází dlouhodobý vývoj nějakých problémů. Jejich šíře je značná a každá osoba řeší své problémy jiným způsobem. Autoři se tedy snažili najít nějaké společné rysy, které by upozornily na nešťastný stav člověka, směřujícího k sebevraždě. Koutek a Kocourková (2003) popsali zvyšující se riziko sebevraždy s rozvojem suicidiálních myšlenek, tendencí a pokusů. Mezinárodní organizace, jako je WHO, nabádají vlády jednotlivých zemí, především

z rozvojového světa, k jednoduchým krokům, které relativně snadno sníží riziko sebevražděného činu. Může se přitom jednat pouze o přísnější pravidla k držení zbraně nebo omezení dostupnosti některých životu nebezpečných látek, jak popisuje Saxena a kol. (2012). Některá z těchto pravidel by také mohla napomoci ke snížení intenzity sebevražděnosti v Česku.

Autoři zabývající se sebevražděností ze statistického pohledu se snažili najít pravidelnosti v páchání sebevražd osobami s podobnými charakteristikami. Vycházely tedy z analýzy podle věku, pohlaví či metod provedení. Významnou osobností se v tomto ohledu stal Ladislav Růžička (1968), jehož studie sebevražd v 60. letech byla jednou z nejobsáhlejších u nás. Růžička se zde kromě jiného věnoval regionální diferenciaci a identifikoval vysokou úroveň sebevražděnosti v regionu severních Čech (okresy Most, Sokolov, Jablonec nad Nisou a další), naopak podprůměrné hodnoty vykazovala jižní polovina státu. Na jeho studii navázala Dzúrová a kol. (2002), v jejíž práci byly identifikovány problémové regiony na severozápadě Čech a severovýchodě Moravy. V těchto regionech byla u některých okresů potvrzena hypotéza o vysoké intenzitě sebevražděnosti v období transformace, zejména v letech 1994–1998. U obou pohlaví se jednalo o okresy Most, Sokolov, u mužů pak i o okresy Bruntál a Karviná, které lze podle Dzúrové (2002) považovat za regiony strukturálně postižené a trpící v tomto období vysokou mírou nezaměstnanosti. Pozdější vývoj v okresech rizikových regionů severozápadních Čech a severovýchodní Moravy směřoval ke zlepšení situace.

U žen, kromě zmíněných okresů, vykazoval celý region jihozápadních Čech vysokou intenzitu sebevražděnosti v kontrastu se situací na jižní Moravě. V průběhu sledovaných období se úroveň sebevražděnosti snížila hlavně na Vysočině. U mužů byly nízké hodnoty zaznamenány především v jižní části státu a po celé sledované období vykazovaly nízkou úroveň jevu okresy na Vysočině. V období 2004–2008 se podle hodnot indexu změny projevil větší pokles intenzity sebevražděnosti u obou pohlaví, především však u mužů, čímž můžeme potvrdit hypotézu o pozitivním vývoji intenzity sebevražděnosti v tomto období.

Vůbec nejhorší statistika pro obě pohlaví byla zaznamenána v okrese Tachov, kde se míra sebevražděnosti žen zvýšila a u mužů se udržela na vysoké úrovni. Tento okres je ovšem populačně poměrně malý a četnosti sebevražd nebyly tak vysoké jako jinde, a proto je možné, že i přes všechna opatření se zde projevil vliv náhodných výkyvů. Celou analýzu ukazatele za ženy je vhodné brát s rezervou neboť četnosti sebevražd v jednotlivých okresech byly v celém studovaném období poměrně malé.

Analytickou část uzavřely výpočty podle způsobu provedení, jež obecně potvrdily zvýšení atraktivity metody oběšení, (u)škrčení a (za)dušení u mužů, především pak v Moravskoslezském kraji. Tím se potvrdila hypotéza o možném ovlivnění volby metody vysokým podílem užívání strangulace v Polsku. Naopak nízkou atraktivitou této metody se vyznačovaly okresy velkých měst. Obdobný vývoj byl evidován u žen v severozápadních Čechách.

Již samotné studium přístupů k analýze sebevražděnosti prokázalo, jak velké množství faktorů může hrát pro její rozvoj roli. Tato komplexnost se tedy musí projevit i při hledání řešení. Tato práce neměla za cíl najít hlavní příčinu výskytu a regionální diferenciacie sebevražděnosti, nýbrž tuto diferenciaci popsat a poskytnout tak podklad a oporu k dalšímu zkoumání. Přínosem je podle autora popsání vývoje sebevražděnosti v Česku po roce 2000

na základě podrobnějších informací, než byly doposud k nalezení. Dalšími výhodami do budoucna je možnost mezinárodního porovnání i na regionální úrovni a díky kompatibilitě výpočtů s předchozí prací Daňkové, umožňuje též případné dlouhodobější porovnání celkové úrovně sebevražednosti v Česku. Vypočítaná data mohou sloužit jako podklad k dalšímu zkoumání jevu sebevražednosti.

## Seznam použité literatury a datových zdrojů

- AFANASYEVA, Galina. Sebevražednost u mladistvých a krizová intervence [online]. Praha, 2009. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Jaroslav Kořa. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/71735/>.
- ALEŠ, Milan. *Sebevraždy v ČSFR v letech 1960 až 1990*. Demografie: Revue pro výzkum populačního vývoje. Praha: Panorama, 1992, 34. (3), 193-202. ISSN 0011-8265
- BAUMERT, Jens J., Natalia ERAZO a Karl-Heinz LADWIG. *Sex- and age-specific trends in mortality from suicide and undetermined death in Germany 1991–2002*. BMC Public Health [online]. 2005, 5. (1), 7 s. [cit. 2017-04-11]. DOI: 10.1186/1471-2458-5-61. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-5-61>
- BILLE-BRAHE, Unni. *Suicidal Behaviour in Europe: The situation in 1990s* [online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998, 31 s. [cit. 2016-07-22]. Dostupné z: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Individuální soubory zemřelých 1994–2013*, Praha, 2015a
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Počet obyvatel podle pohlaví, věku, územních jednotek okresů 1995–2013*, Praha, 2015b
- DAŇKOVÁ, Šárka. *Psychologické, sociální a demografické aspekty sebevražednosti v mezinárodním srovnání*. Praha, 2003. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Zdeněk Pavlík.
- DURKHEIM, Emile. *Suicide: a study in sociology*. Glencoe: The Free Press, 1951, 405 s.



- DZÚROVÁ, Dagmar, Eva DRAGOMIRECKÁ, Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ a Jaroslav KRAUS. *Sebevražednost obyvatel České republiky v období transformace společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje a Psychiatrické centrum Praha, Laboratoř psychiatrické demografie, 2002, 80 s. . ISBN 80-86561-03-8.
- DZÚROVÁ, Dagmar, Lado RUZICKA, Eva DRAGOMIRECKÁ. *Demographic and Social Correlates of Suicide in the Czech Republic*. Sociologický časopis. Praha, 2006, 42. (3), 557-572. ISSN 0038-0288
- HÖFER, Peter, Ian R. H. ROCKETT, Peeter VÄRNIK, Elmar ETZERSDORFER a Nestor D. KAPUSTA. *Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst a hanging epidemic?* BMC Public Health [online]. 2012, 12. (1), 9 s. [cit. 2017-04-11]. DOI: 10.1186/1471-2458-12-644. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-644>
- KALIBOVÁ, Květa. *Úvod do demografie*. Praha: Karolinum, 1997, 52 s. ISBN 80-7184-428-4.
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidialitě a její specifika u dospívajících*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
- MASARYK, T. G. *Sebevražda: hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002, 221 s. ISBN 80-86495-13-2.
- MOUSTGAARD Heta, Kaisla JOUTSENNIEMI, Mikko MYRSKYLÄ a Pekka MARTIKAINEN. *Antidepressant Sales and the Risk for Alcohol-Related and Non-Alcohol-Related Suicide in Finland—An Individual-Level Population Study*. PLoS ONE [online]. 2014, 9. (6), 8 s. [cit. 2017-04-11] Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098405>
- NORDENTOFT, Merete. *Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark*. BMC Public Health [online]. 2007, 54. (4), 306–369 [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Merete\\_Nordentoft/publication/5642408\\_Prevention\\_of\\_suicide\\_and\\_attempted\\_suicide\\_in\\_Denmark\\_Epidemiological\\_studies\\_of\\_suicide\\_and\\_intervention\\_studies\\_in\\_selected\\_risk\\_groups/links/0deec516bdde37a19d000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Merete_Nordentoft/publication/5642408_Prevention_of_suicide_and_attempted_suicide_in_Denmark_Epidemiological_studies_of_suicide_and_intervention_studies_in_selected_risk_groups/links/0deec516bdde37a19d000000.pdf)
- RŮŽIČKA, Ladislav. *Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického*. Praha: Academia - nakladatelství Československé akademie věd, 1968, 156 s.

- SAXENA, Shekhar, Etienne KRUG a Oleg CHESTNOV. *Preventing suicide: a global imperative* [online]. Geneva: World Health Organization, 2014. ISBN 978-92-4-156477-9. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)
- TIMINGERIU, Filip. *Fenomén sebevraždy*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Anna Hogenová.
- VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Brno: Psychologický ústav AVČR ve spolupráci s Nakladatelstvím Tomáše Janečka, 1996, 282 s. ISBN 80-85880-10-5.
- WHO. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů; MKN–10: desátá revize; Geneva, 2008; přeložil ÚZIS ČR; aktualizovaná verze k 1. 4. 2014; [online]. 860 s. [cit. 2016-04-06]. ISBN 9788090425903. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>
- YUR'YEV, Andriy, Lauri LEPIK, Liina-Mai TOODING, Merike SISASK, Peter VÄRNIK, Jing WU a Airi VÄRNIK. *Social inclusion affects elderly suicide mortality*. *International Psychogeriatrics* [online]. 2010, 22. (8), 1337–1343 [cit. 2017-04-11]. DOI: 10.1017/S1041610210001614. ISSN 1041-6102. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/46254892\\_Social\\_inclusion\\_affects\\_elderly\\_suicide\\_mortality](https://www.researchgate.net/publication/46254892_Social_inclusion_affects_elderly_suicide_mortality)

## **Seznam příloh**

Příloha 1:	Standardizovaná míra sebevraždy mužů a žen, okresy ČR, 1994–2013.....	68
Příloha 2:	Seznam způsobů provedení sebevraždy a jejich kódování podle 10. revize MKN.	70
Příloha 3:	Skupiny diagnóz podle kódování 10. revize MKN .....	71
Příloha 4:	Standardní věková struktura populace podle WHO (Evropský standard).....	71
Příloha 5:	Rozložení sebevražd mužů podle věku, okresy ČR, 1994–2013.....	72
Příloha 6:	Rozložení sebevražd žen podle věku, okresy ČR, 1994–2013 .....	72

**Příloha 1: Standardizovaná míra sebevraždnosti mužů a žen, okresy ČR, 1994–2013**

Územní jednotka	Muži				Ženy			
	1994– 1998	1999– 2003	2004– 2008	2009– 2013	1994– 1998	1999– 2003	2004– 2008	2009– 2013
Benešov	19,9	21,2	21,2	22,2	7,4	6,2	3,7	3,6
Beroun	27,3	24,0	19,2	25,1	5,7	5,6	3,7	4,2
Blansko	19,3	22,3	19,6	23,9	1,1	4,9	1,4	5,2
Brno-město	21,4	19,2	15,0	19,2	4,2	5,0	3,4	3,7
Brno-venkov	19,3	21,1	15,8	17,4	4,1	4,2	3,6	3,3
Bruntál	31,8	32,4	23,1	34,9	6,3	5,9	2,4	3,6
Břeclav	22,6	26,3	23,3	26,2	4,4	4,6	2,3	3,1
Česká Lípa	27,3	22,0	18,4	27,7	9,1	2,9	4,1	6,3
České Budějovice	21,1	24,2	23,4	22,6	4,8	5,6	5,3	6,0
Český Krumlov	24,9	30,0	18,4	23,2	7,4	4,3	6,6	5,0
Děčín	26,4	25,4	31,8	27,8	8,0	7,6	5,7	5,4
Domažlice	22,1	31,7	27,3	20,8	7,7	3,0	4,7	5,0
Frýdek Místek	28,8	26,2	22,7	25,7	8,1	5,5	2,6	3,3
Havlíčkův Brod	24,8	21,7	23,6	19,7	6,7	4,0	3,1	2,7
Hodonín	28,1	23,2	25,4	26,0	3,0	4,5	3,8	4,4
Hradec Králové	24,9	23,0	25,0	19,5	4,1	5,5	3,5	4,2
Cheb	33,5	31,7	23,3	29,2	6,7	7,5	4,3	2,0
Chomutov	23,1	27,7	23,4	31,3	5,9	5,0	2,1	3,7
Chrudim	26,4	20,1	22,1	18,0	6,2	4,9	4,0	3,2
Jablonec n. Nisou	22,0	21,2	18,5	22,7	7,9	3,5	2,5	3,8
Jeseník	×	25,5	31,8	35,7	×	5,5	6,9	4,1
Jičín	31,7	28,7	23,0	28,5	9,7	3,3	4,2	6,2
Jihlava	17,2	17,7	20,5	17,0	3,1	4,2	2,7	2,4
Jindřichův Hradec	22,8	25,3	20,1	15,8	4,2	5,9	4,2	3,7
Karlovy Vary	25,7	27,2	22,6	26,5	8,0	5,2	3,6	3,0
Karviná	32,6	31,8	27,7	26,2	7,9	5,9	3,0	3,1
Kladno	28,4	24,3	31,8	27,1	7,3	5,6	2,4	4,0
Klatovy	30,4	26,5	21,2	17,6	10,2	7,4	3,3	5,6
Kolín	18,6	21,0	23,4	22,4	8,1	3,2	1,3	5,4
Kroměříž	27,3	18,8	20,7	29,0	5,4	6,1	3,6	4,4
Kutná Hora	21,0	16,3	22,8	24,0	4,2	2,5	2,6	3,6
Liberec	28,3	25,6	20,2	17,5	8,8	7,7	4,1	3,1
Litoměřice	30,9	22,8	23,0	22,6	7,6	2,5	5,0	3,2
Louny	25,4	27,1	26,7	14,8	6,7	6,3	4,6	3,0
Mělník	22,4	15,8	20,4	26,8	6,2	2,9	3,4	4,7
Mladá Boleslav	27,1	23,2	22,9	23,0	4,9	4,7	5,2	3,2
Most	36,1	34,6	20,6	25,2	11,8	6,0	7,6	5,1
Náchod	24,6	25,4	20,2	30,1	5,7	4,6	4,6	3,5
Nový Jičín	28,4	28,0	25,3	24,4	7,9	5,2	4,0	2,7
Nymburk	19,9	19,8	23,0	28,9	9,4	4,6	7,1	5,0
Olomouc	25,4	26,9	22,6	24,2	7,2	7,2	4,4	3,9
Opava	19,9	22,3	17,9	19,0	3,9	3,3	2,8	2,1
Ostrava-město	25,2	27,5	26,8	23,7	5,6	4,8	3,3	3,3

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

**Příloha 1: Standardizovaná míra sebevraždnosti mužů a žen, okresy ČR, 1994–2013, pokračování**

Územní jednotka	Muži				Ženy			
	1994– 1998	1999– 2003	2004– 2008	2009– 2013	1994– 1998	1999– 2003	2004– 2008	2009– 2013
Pardubice	24,0	24,7	19,7	27,0	6,3	4,5	3,7	4,8
Pelhřimov	17,6	18,4	18,1	21,0	4,8	4,4	4,0	1,9
Písek	27,6	23,1	18,9	27,4	5,4	4,5	5,9	4,7
Plzeň-jih	24,9	18,2	18,9	18,0	5,4	3,7	2,3	5,6
Plzeň-město	19,5	27,5	25,7	15,3	6,8	8,4	5,1	4,0
Plzeň-sever	24,6	27,9	25,2	22,3	7,2	4,0	6,1	3,1
Praha	24,0	22,9	17,9	19,5	9,1	7,1	5,1	4,8
Praha-východ	24,6	27,9	24,8	21,5	5,6	8,1	2,3	3,8
Praha-západ	22,4	24,0	16,9	22,6	4,0	3,6	4,1	5,4
Prachatice	24,3	22,8	19,8	18,4	9,4	4,9	9,4	4,6
Prostějov	28,3	29,6	23,3	24,6	4,5	7,9	6,9	6,3
Přerov	22,6	29,0	26,0	22,0	5,6	4,2	5,3	4,3
Příbram	30,2	27,8	25,2	20,9	9,1	4,3	5,8	5,2
Rakovník	35,5	27,1	31,1	17,5	7,4	6,3	9,1	7,7
Rokycany	16,8	25,3	15,6	20,3	7,1	4,2	5,2	4,6
Rychnov n. K.	31,2	26,7	20,2	21,6	9,5	4,2	2,6	2,8
Semily	33,4	38,8	25,8	22,6	5,5	7,0	5,9	7,6
Sokolov	45,0	28,4	24,7	29,5	9,5	4,0	2,6	7,0
Strakonice	20,9	27,4	27,4	22,2	9,1	5,2	8,0	5,7
Svitavy	34,0	22,6	21,1	21,9	9,0	5,8	5,9	4,6
Šumperk	31,5	25,2	25,5	31,3	9,2	7,2	6,2	5,1
Tábor	24,3	9,6	16,4	12,2	5,3	3,2	1,4	5,5
Tachov	39,9	50,1	41,0	40,9	7,4	16,6	14,0	9,6
Teplice	26,6	24,4	30,1	26,3	6,9	6,6	5,5	5,9
Trutnov	25,2	31,3	21,7	29,7	7,0	3,7	5,0	6,9
Třebíč	18,1	19,3	16,0	17,9	2,9	5,2	4,3	4,0
Uherské Hradiště	32,6	30,2	22,7	23,8	4,9	5,0	4,9	2,8
Ústí nad Labem	27,6	27,1	22,7	23,8	10,8	4,5	4,5	3,7
Ústí nad Orlicí	26,8	25,7	22,6	23,7	7,4	5,8	5,5	2,4
Vsetín	29,1	32,3	30,1	31,0	6,2	5,5	5,1	3,3
Vyškov	28,3	25,3	17,3	23,3	6,1	4,6	3,9	3,4
Zlín	25,9	21,3	22,1	20,7	5,7	6,5	5,2	3,3
Znojmo	22,9	32,8	19,0	21,7	3,1	4,8	4,0	4,9
Žďár n. Sázavou	21,5	22,0	17,7	21,6	4,6	3,2	3,0	2,8

**Zdroj dat:** ČSÚ, vlastní výpočty

**Příloha 2: Seznam způsobů provedení sebevraždy a jejich kódování podle 10. revize MKN**

Diagnóza	Kód
Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení	X60
Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy–hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde	X61
Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky( halucinogeny) a expozice jejich působení, nezařazené jinde	X62
Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení	X63
Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení	X64
Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení	X65
Úmyslné sebeotrávení organickými rozpouštědly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení	X66
Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení	X67
Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení	X68
Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení	X69
Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením	X70
Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením	X71
Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru	X72
Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně	X73
Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně	X74
Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou	X75
Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm	X76
Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty	X77
Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem	X78
Úmyslné sebepoškození tupým předmětem	X79
Úmyslné sebepoškození skokem z výše	X80
Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět	X81
Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla	X82
Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky	X83
Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky	X84

**Zdroj:** WHO

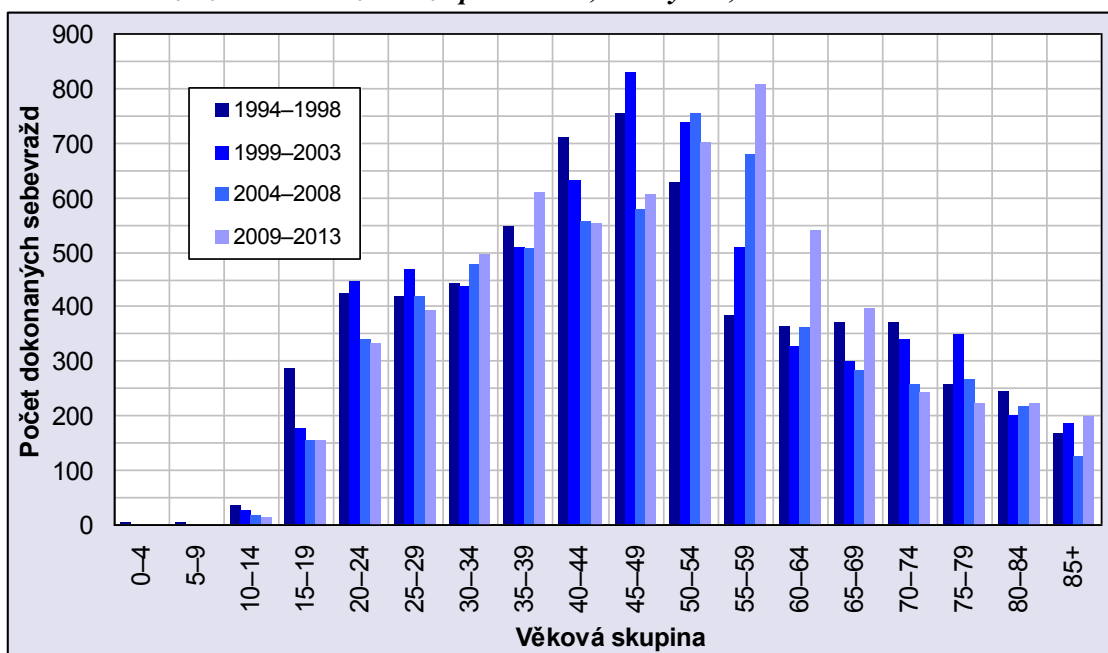
**Příloha 3: Skupiny diagnóz podle kódování 10. revize MKN**

Diagnóza	Kódy
Sebeotrávení léky a podobnými látkami	X60–X64
Sebeotrávení chemickými látkami (alkohol, rozpouštědla, plyny)	X65–X69
Oběšení, uškrcení	X70
Utopení	X71
Střelná zbraň, výbušnina	X72–X75
Ostrý předmět	X78
Skok z výše	X80
Použití ohně, kouře, horkých předmětů, vodní páry a výparů, tupý předmět	X76–X77, X79
Skok nebo lehnutí si před pohyblivý předmět včetně úmyslných havárií motorového vozidla	X81–X82
Jiný způsob	X83–X84

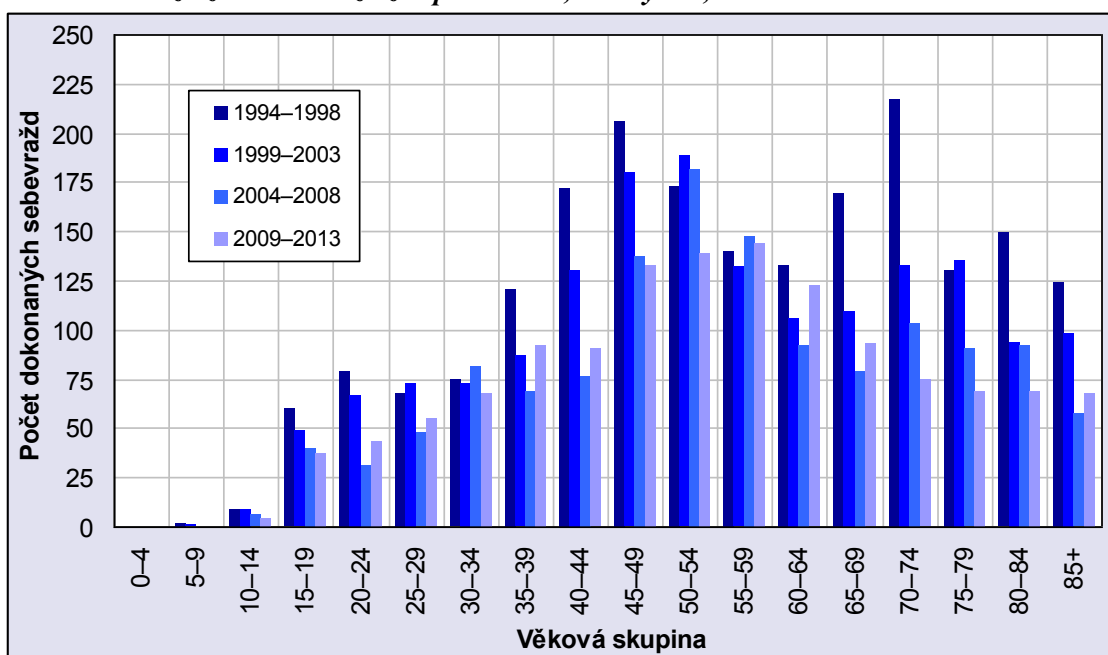
**Zdroj:** WHO, vlastní úprava**Příloha 4: Standardní věková struktura populace podle WHO (Evropský standard)**

Věk	P <sub>x</sub>	Věk	P <sub>x</sub>	Věk	P <sub>x</sub>
0–4	800	30–34	700	60–64	500
5–9	700	35–39	700	65–69	400
10–14	700	40–44	700	70–74	300
15–19	700	45–49	700	75–79	200
20–24	700	50–54	700	80–84	100
25–29	700	55–59	600	85+	100

**Zdroj:** WHO

**Příloha 5: Rozložení sebevražd mužů podle věku, okresy ČR, 1994–2013**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty

**Příloha 6: Rozložení sebevražd žen podle věku, okresy ČR, 1994–2013**

Zdroj dat: ČSÚ, vlastní výpočty